

**!!! Bez řádně vyplněné žádanky nebude vyšetření provedeno !!!**

<b>ŽÁDANKA K VYŠETŘENÍ</b> EUC Klinika České Budějovice s.r.o. e-mail: boris.pouzar@eucklinika.cz		<input type="checkbox"/> <b>RTG</b> neobjednávat	
Příjmení:		<input type="checkbox"/> <b>SONO</b> - (ultrazvuk) objednat na tel. č.: 387 730 326, 386 357 309	
Jméno:		<input type="checkbox"/> <b>MMG</b> - (mamografie) objednat na tel. č.: 387 730 326, 386 357 309	
Rodné číslo:		<input type="checkbox"/> <b>CT</b> - (výpočetní tomografie) objednat na tel. č.: 387 730 501	
Bydliště:		IČZ:	Odbornost:
Výška / váha:		<i>Razítko a podpis lékaře:</i>   <i>Datum:</i>	
Zdravotní pojišťovna:	Základní diagnóza:		
Požadované vyšetření:			
Bližší klinické údaje:		<b><u>Alergická anamnéza:</u></b> <b>potvrzují, že vyšetření i s podáním kontrastní látky není kontraindikováno</b>	

Se žádankou se pacient hlásí v evidenci RDG odd. 4. patro

Termín vyšetření:

**Záznamy pro RTG odd. (nevyplňujte!)**

Formáty:							
13/18	18/24	24/30	15/40	20/40	35/35	35/43	Expozice počet
Expoziční data:							
Pracoviště:		Průběh vyšetření:					
RA asistent:							
Lékař:							
Kontrastní látka:	Druh:		Množství:				