

# Žádanka o vyšetření:

1. Počítačovým tomografem (CT)
2. Ultrazvukem

Příjmení

Jméno

Bydliště

Rodné číslo

Klinická diagnóza

Anamnéza současného onemocnění

Výsledky dosavadních vyšetření

(vztahujících se k současnému onemocnění)

Očekávaný přínos vyšetření

Nemocný je alergický na

Přesná adresa (včetně PSČ) zdravotnického zařízení a jméno lékaře, kam má být výsledek vyšetření

zaslán

Datum

Čitelný podpis lékaře  
a razítko zdrav. zařízení

# Nález