

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU NA POČÍTAČOVÚ TOMOGRAFIU (CT)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MIESTO:

MENO ZAMESTNANCA:

DÁTUM:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

AKTUÁLNA HMOTNOSŤ:

 kg

VÝŠKA PACIENTA:

 cm

Posledné 4 hodiny som nejedol, nepil kávu, džús, mlieko a iné
(povolené piť vodu, minerálku, nesladený čaj)

☐

áno

☐

nie

Alergia na jódové preparáty

☐

mám

☐

nemám

Alergia na iné látky

☐

mám

☐

nemám

Ak áno, na aké?

V prípade alergie protialergická príprava podaná

☐

bola

☐

nebola

Zvýšený vnútroočný tlak

☐

mám

☐

nemám

U žien – ste tehotná?

☐

som

☐

nie som

CT vyšetrenie som absolvoval/a v roku:

Vyšetrovaný orgán/oblasť:

Boli ste operovaný/á?

☐

áno

☐

nie

Ako áno, aká operácia to bola a kedy bol realizovaný zákrok?

DÁTUM A MIESTO PODPISU ZDRAVOT. ZAMESTNANCA:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU: