

Priloga k naročilu za PET/CT preiskavo

Oddelek/ambulanta: _____

Bolnika/bolnico _____ **naročamo na preiskavo PET/CT.**

Napotna diagnoza: _____

Namen preiskave: _____

Telefonska številka na katero je bolnik/bolnica dosegljiv: _____

Teža _____ kg.

Ali ima bolnik sladkorno bolezen? DA NE

Ali jemlje zdravila proti sladkorni bolezni? DA NE

Ali je bil bolnik/bolnica v zadnjih 2 mesecih operiran,
obsevan, zdravljen s kemoterapijo? DA NE

Druge posebnosti? _____

Skrajni rok v katerem naj bo preiskava opravljena: _____

Datum:

Podpis napotnega zdravnika:

Priloga:
- Napotnica za PET/CT preiskavo