

**1.) A beteg azonosító adatai:**

Név: \_\_\_\_\_ Állampolgárság: \_\_\_\_\_ Neme: férfi/nő  
 Születési hely/idő: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Testsúly: \_\_\_\_\_ kg; Magasság: \_\_\_\_\_ cm  
 Anyja leánykori neve: \_\_\_\_\_ TAJ-szám: \_\_\_\_\_  
 Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_  
 Személyazonosító ig. típusa\*: \_\_\_\_\_ száma: \_\_\_\_\_  
 Törvényes képviselő neve\*\*: \_\_\_\_\_  
 Értesítési címe\*\*\*: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\*Elfogadott igazolvány típusok: személyi igazolvány, útlevél, vezetői engedély.

\*\*Korlátozott cselekvőképesség vagy cselekvőképtelenség esetén kérjük megadni.

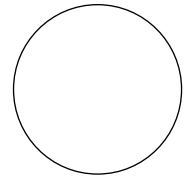
\*\*\*A beteg, illetve korlátozott cselekvőképesség vagy cselekvőképtelenség esetén a törvényes képviselő levelezési címe.

**2.) A beutaló orvos adatai:**

Név: \_\_\_\_\_  
 Rendelő/Eü.Szolgáltató: \_\_\_\_\_  
 Rendelő/Eü.Szolgáltató címe: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

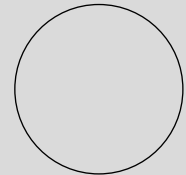
Kelt: .....

.....  
 beutaló orvos aláírása és pecsétje



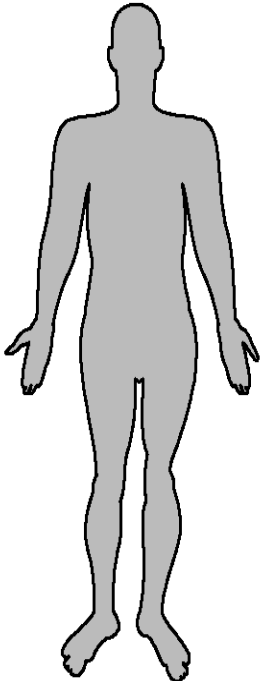
**3.) ScanoMed Orvosi, Diagnosztikai, Kutató és Oktató Kft. tölti ki!**

<b>Vizsgálatkérő lap beérkezésének időpontja:</b> 20□□ év □□ hónap □□ nap	
<b>A kért PET/CT vizsgálatot elvégezzük:</b> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	
<b>Fő indikáció:</b> <input type="checkbox"/> onkológia <input type="checkbox"/> neuro-pszichiátria <input type="checkbox"/> kardiológia <input type="checkbox"/> egyéb	
<b>Sürgős:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Beosztható:</b> 20□□ év □□ hónap □□ nap
<b>Megjegyzés:</b> _____	
<b>Kelt:</b> _____	<b>aláírás/orvosi pecsét:</b> _____



**4.) Egészségi állapotra vonatkozó információk:**

Asthma/COPD	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Klausztrrofóbia	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Pajzsmirigy túlműködés	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Pánikbetegség	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Cukorbetegség	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Kontrasztanyag allergia	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Inzulin kezelés	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Infekció (fertőzés veszély)	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Terhesség	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Éhgyomri vércukor szint	_____ mmol/l
		Szérum kreatinin érték	_____ mmol/l
		(diagnosztikus CT esetén)	
Korábbi PET/CT vizsgálat	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Mikor/hol?	_____
Korábbi CT vizsgálat	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Mikor/hol?	_____
Korábbi MR vizsgálat	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	Mikor/hol?	_____

<b>PET/CT vizsgálat szükségességét felvető diagnózis(ok):</b>	<b>BNO-kód(ok)</b>
Milyen kérdésre vár választ a vizsgálattól:	 <p>(Jelölje be a kérdéses régiót, ill. a kért vizsgálat határait)</p>
Rövid anamnézis, status, kezelések, megelőző vizsgálatok (CT, MRI, SPECT, stb.):	

		Utolsó kezelés (éé/hh/nn)	Típusa	Hossza (week)	Köv. kezelés (éé/hh/nn)
Műtét	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Kemoterápia	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Sugárterápia	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

Kelt: .....

.....  
beteg/törvényes képviselő aláírása

.....  
beutaló orvos aláírása és pecsétje

