



CT/ MR VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

A beutalt beteg neve:

Leánykori neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Születési hely, idő:

TAJ száma:

Beutaló intézet neve:

Beutaló Intézet kódja:

Naplószám/Törzsszám:

BNO kód:

A labor vizsgálat dátuma: _____ **Kreatinin értéke:** _____ **eGFR értéke:** _____

Beteginformáció: Amennyiben CT vizsgálata lesz: A vizsgálat előtt **4 órával nem ehet**. A vizsgálat előtti napon sok buborékmentes vizet igyon! **Kérjük, amennyiben cukorbetegségben szenved, és CT vizsgálatra van előjegyzése, a vizsgálat előtt és után két nappal az alábbi gyógyszerek szedését függesse fel: Adimet, Competact, Eucreas, Janumet, Jentaducto, Komboglyze, Merkformin, Metfogamma, Metformin, Metformin Actavis, Metformin Bluefish, Metformin 1APharma, Metformin Sandoz, Mylmet, Stadamet, Synjardy, Velmetia, Vipdomet, Xigduo**, ennek részleteit beszélje meg orvosával. Egyéb gyógyszereit beveheti. A más intézetben készült korábbi CT, vagy MR vizsgálat eredményeit, CD/DVD-jét kérjük, hozza magával!

A kért vizsgálati régió:

CT

MR

Az előjegyzés időpontja:

Iránydiagnózis:

Anamnézis:

Beutaló kiállításának dátuma:

A beutaló orvos aláírása és személyi pecsétje: