

ŽÁDANKA K CT / MR VYŠETŘENÍ

ŽADATEL (IČZ) :

PŘÍJMENÍ A JMÉNO :

POJIŠŤOVNA:

KREATININ

DIAGNOZA

ANAMNÉZA

DATUM :

RODNÉ ČÍSLO :

DATUM NAROZENÍ :

VYŠETŘENÍ PROVEDL

ŽÁDANÉ CT / MR VYŠETŘENÍ

PODPIS LÉKAŘE