

- o ultrazvukové vyšetrenie (USG) .....
- .....
- o röntgenové vyšetrenie (RTG) .....
- .....
- o mamografické vyšetrenie (MMG) .....
- .....

Priezvisko a meno: ..... Rod.č.....

Bydlisko: ..... Číslo poisťovne.....

Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav. zar., tel):.....

.....

.....

Objednaný dňa :..... hodina.....

**Klinická diagnóza slovom:**.....

..... Štatistický kód:.....

### Epikríza:

**Poznámka** – dátum posledného mamografického (MMG) vyšetrenia: .....

Dátum: .....  
 .....  
 pečiatka a podpis indikujúceho lekára kód lekára / odd.

### INFORMOVANÝ SÚHLAS:

Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol v zmysle zákona č. 576/2004 poučený o plánovanom rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely. Pacient bol poučený o alternatívach diagnostického postupu a o všetkých ďalších plánovaných vyšetrovacích metódach.

Pacient bol zrozumiteľne a jednoznačne informovaný a poučený o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia zdravotnej starostlivosti.

Pacient s navrhovaným postupom súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Dňa: ..... Podpis: .....

**Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná (ženy vo fertílno m veku)**

Dňa:..... Podpis: .....

### UPOZORNENIA:

#### Pre mamografické vyšetrenia:

Kontraindikácia – tehotenstvo; Indikácia prevencie: Po 40. roku, pri pozit. RA nad 35 rokov.

#### Pre sonografické vyšetrenia:

Na USG vyšetrenie brucha prichádza pacient nalačno. Ostatné USG vyšetrenia bez prípravy a obmedzení. USG močového mechúra a panvy vypiť 0,5 – 1 l tekutín 1-2 hod. pred vyšetrením.