

Rádiologická klinika - žiadanka na mamografické vyšetrenie

Odosielajúce pracovisko (oddelenie, lekár):

Meno:

Priezvisko

Rodné číslo:

Bydlisko:

Poistovňa:

Dátum a čas vyšetrenia:

Diagnóza slovom a číslom (MKCH

Ktorá oblasť má byť vyšetrená:

Dátum a výsledky predchádzajúcich ultrazvukových a MMG vyšetrení:

Dátum:

.....
Pečiatka a podpis indikujúceho lekára

Upozornenie: V prípade predchádzajúcich MMG vyšetrení si Vás dovoľujeme požiadať o prinesenie predchádzajúcej obrazovej MMG dokumentácie.