

PODACI O PACIJENTU

Ime i prezime: _____ Pacijent: Pokretan Nepokretan

Adresa: _____ Vrsta osiguranja: Osiguran Neosiguran

Tel/mob: _____

Datum rođenja: _____

KLINIČKE INDIKACIJE

ISTORIJA BOLESTI

Dijagnoza: _____ Da li je pacijent imao operativni zahvat u zadnjih 6 mjeseci

Kliničko pitanje: _____ Da li je sprovedena: Hemoterapija Radioterapija

Tip: _____

PET/CT pregled: Prvi Kontrolni Dužina ciklusa: _____

Datum posljednjeg CT pregleda _____ Datum zadnjeg tretmana: _____

Datum posljednjeg MRI pregleda _____ Datum slijedećeg tretmana: _____

MOLIMO VAS DA SA OVIM FORMULAROM POŠALJETE KOPIJU ZADNJEG CT-a ILI MRI-a NALAZA

RELEVANTNI PODACI

Da li je pacijentkinja trudna? DA NE Da li je pacijent sa visokim rizikom od infekcije? DA NE

Da li je pacijentkinja dojilja? DA NE Ako je odgovor da, navesti koji: _____

Da li je pacijent klaustrofobičan? DA NE Da li pacijent ima neku alergiju? DA NE

Da li je pacijent uključen u neku studiju? Ako je odgovor da, navesti koje: _____

Ako je odgovor da, navesti koju: _____

Da li pacijent boluje od dijabetesa? DA NE

Tjelesna težina: _____ Da li je dijabetes kontrolisan: Dijetom Insulinom Tabletama

Ljekar koji upućuje pacijenta na pretragu: _____

Kontakt telefon: _____

Datum: _____

Da bi smo donijeli odluku, molimo Vas da odgovorite na sva pitanja.