

Údaje o pacientovi Rodné číslo, resp. číslo poisťenca _____ / _____  Meno _____ Priezvisko _____ Bydlisko _____ Pohlavie    muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> U cudzincov    Kód krajiny EU    _____ Identif. číslo pacienta _____	Kód dg. _____ _____ _____	Kód poskytovateľa _____ Kód odosielajúceho lekára _____ Tel.    _____ Pečiatka lekára: _____
	Kód poisťovne pacienta _____	Dátum odberu _____ d d m m r r Čas odberu _____ : _____
	Dátum odberu _____	
	Dátum odberu _____	

Predmet vyšetrenia a lokalizácia:  _____  Fixácia:	
--	--

Klinický priebeh, terapia, ožarovanie, diagnóza  _____  Dátum odoslania: _____ d d m m r r
--

