



Bilet de trimitere la examenul PET/CT

Detalii Pacient:

Nume:
Locul și data nașterii:
CNP:
Domiciliu:

Telefon/Mobil:
E-mail:
Carte de indentitate: Seria:.....Nr.:.....

DATA EXAMINĂRII:

Detalii Medic:

Nume:

Instituție:

E-mail:

Telefon/Mobil:.....
Cod parafa:

--	--	--	--	--	--

Greutatea: kg Înălțimea:cm

Diabet: Da Nu Alergie: Da: Nu:

Insulino-terapie: Da Nu Claustrofobie: Da: Nu:

Nivelul glicemiei:

Astm : Da: Nu:

Graviditate: Da: Nu:

Examinare PET/CT: Da: Nu: Când?

Examinare CT: Da: Nu: Când?

Examinare RMN: Da: Nu: Când?

Interventie chirurgicală: Da: Nu: Când?

Chimioterapie: Da: Nu: Când?

Radioterapie: Da: Nu: Când?

Melanom malign pe picior: Da: Nu: Unde?.....

Vă rugăm să aveți cu Dv. examenele anterioare CT/RMN, etc.

Scopul examinării:



**Centru de Diagnostic
Pozitron-Diagnostika PET/CT**
Oradea, B-dul Gen. Magheru nr. 1
Telefon: 0259.409.090, 0259.409.091; Fax: 0259.409.099;
Mobil: 0720.016.121
E-mail: info@petct.ro; receptie@petct.ro Web: www.petct.ro



Istoricul clinic :

Unde ați auzit prima dată despre centrul nostru ?

Plata:

Transfer bancar 4.500 RON
RO09OTP220000178345RO04
OTP Bank, Oradea,
sucursala Str. Avram Iancu nr. 2

Data:.....

Semnătura medicului: