

Kód pojišťovny	požaduje dlí A	IČP	Datum
		Odbornost	

Číslo dokladu	
požaduje dlí B	Poř. č.

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ Z

Pacient			
Č. pojištění	Základní diagnóza		
Var. symbol	Ostatní diagnózy		
Odeslán ad:	Kód náhrady		



Požadováno:

DXA
  DXA screening

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření:

Speciální požadavek:

Klinická diagnóza (slovy):

Důvod požadavku, ev. užití otázka (u screeningu doplňte FRAX skóre):

IČP	70448850		
Odbornost	809		
Var. symbol			
Datum	Kód	Poč	
1			
2			
3			
4			
5			

Dne:

Razítko a podpis

### Poznámka:

Adresa pojištěnce (pro potřeby poskytovatele).....

Výška a váha	cm	kg	
Prodělal(a) jste v dospělosti jakoukoliv zlomeninu?	ANO	NE	NEVÍM
<i>Pokud ano, popište úrazový děj:</i>			
Jste kuřák/kuřačka?		ANO	NE
Užíváte nebo užíval(a) jste déle než tři měsíce glukokortikoid? (Např. Prednison, Medrol, Hydrocortison, Triamconolon)	ANO	NE	NEVÍM
Jste v péči ordinace endokrinologie, nefrologie, diabetologie, revmatologie....?	ANO	NE	NEVÍM
<i>Pokud ano, z jakého důvodu?</i>			
Pro ženy - rok menopauzy:			NEVÍM
Prodělal(a) jste operaci pohybového aparátu?	ANO	NE	NEVÍM
<i>Pokud ano, jakou?</i>			
Konzumujete alkoholické nápoje v objemu více, než 3 jednotky denně? (např. 3 dl vína, 3 piva, 3 malé odlivky destilátu)		ANO	NE
Požadujete zaslání výsledku standardní poštou? – Bez záruky doručení. Služba je zpoplatněná. Pokud ano, vyplňte čitelně adresu.		ANO	NE

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis požadujícího

*Byl(a) jste objedná(n)a na vyšetření kostní denzitometrií, na základě doporučení ošetřujícího lékaře nebo svého rozhodnutí. Cílem je zhodnocení stavu skeletu, vyhodnocení rizik možných komplikací, spojených s osteoporózou a zejména včasnou léčbou těmto komplikacím zabránit. Jedná se zejména o zlomeniny nosného skeletu, tedy páteře, krčku kosti stehenní, ale i zápěstí, předloktí aj.*

*Pro správné vyhodnocení vyšetření je nezbytná anamnéza, kterou vyplňte na přední straně dokumentu, případně se poradte se svým ošetřujícím lékařem nebo s naším personálem bezprostředně před vyšetřením.*

*K vyšetření se využívá rentgenové záření ve velmi nízké intenzitě (asi 100x nižší, než u rentgenových snímků) pro specifická měření. Vyšetření nelze provést v těchto případech:*

- Těhotenství
- 4 týdny po kontrastním vyšetření trávicí trubice (RTG žaludku, střev aj.)

*K vyšetření není nutná žádná příprava (například být nalačno apod.), jen dva dny před vyšetřením neužívejte žádné přípravky s obsahem kalcia – včetně lékařem předepsaných léků, ale i potravinových doplňků.*

*Výkon (kostní denzitometrie) nemá žádné alternativy, nelze jej nahradit jinými vyšetřovacími metodami. Výkon nepřináší pacientovi žádná dodatečná rizika.*

*Podpisem prosím potvrďte, že jste tomuto poučení porozuměl(a) a že jste dotazník vyplnil(a) podle svého vědomí.*

*Datum:*

*Podpis pacienta:*

**Vyplní aplikující odborník:**

Jde o vyšetření:	Indukované	V rámci screeningového programu	Samoplátce atd.
------------------	------------	---------------------------------	-----------------

Anamnézu odebral(a):	
Datum:	
Praktickou část vyšetření provedl:	
Datum:	