

# Žiadosť o konziliárne vyšetrenie

v Univerzitej nemocnici L. Pasteura, Tr. SNP 1, 041 90 Košice  
na Klinike ORL a chirurgie hlavy a krku  
(9. poschodie, konziliárna ambulancia,  
tel. 055/640 3745 – objednávanie v pracovných dňoch od 13.00 do 14.30 h)

Meno a priezvisko pacienta/pacientky: .....

Adresa bydliska (aj PSČ): .....

Rodné číslo: .....

Kód zdravotnej poisťovne: .....

## Prosím o konziliárne vyšetrenie pacienta/pacientky a navrhnutie ďalšieho liečebného postupu.

Subjektívne ťažkosti pacienta/ pacientky a výsledky vyšetrení:

Hlavná diagnóza (aj susp.):

Vedľajšie významné diagnózy:

.....  
Dátum

.....  
Podpis a pečiatka žiadajúceho lekára

Prílohy:

- CD s MR
- CD s CT
- iné

*Tlačivo vyplňte strojom alebo čitateľne tlačeným písmom.*