

LUUDENSITOMEETRIA UURINGUTE SAATEKIRI

Ristiku 1, 80010 Pärnu, II korrus, radioloogia BC-korpus
Tel 447 3561

Eesnimi: _____
Perekonnanimi: _____
Isikukood või sünniaeg: _____

Nimekleeps

Saatev arst (*ees- ja perekonnanimi*): _____ Telefon: _____

Saatev osakond/raviasutus: _____

Uuringu kuupäev: _____ Kellaeg: _____

| DENSITOMEETRIA | PATSIENDI ANDMED | JAH | EI | LISAINFO |
|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Nimmelülid AP | Esinenud luumurde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Reieluu kael DEX | Kordusuuring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Reieluu kael SIN | Endoprotees | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Ranne AP | Varasem ravi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Kogu keha (sportlased) | Pikkus (cm) | | | |
| | Kaal (kg) | | | |

Muu: _____

Kliinilised andmed:

Uuringu eesmärk:

Kuupäev: _____ Arsti allkiri: _____

TÄIDETAKSE RADIOLOOGIATEENISTUSES

Uuringu teostas (*ees- ja perekonnanimi*): _____
Uuringu teostamise kuupäev:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 kell:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|