

ŽÁDANKA K VYŠETŘENÍ

Centrum diagnostiky a léčby bolestí hlavy

Nemocnice Karlovy Vary, Budova C (přízemí), dveře č. 8 (vedle kardiologické ambulance)

Jméno a příjmení:	Odesílající lékař, IČZ (razítko) + podpis
Rodné číslo:	
Pojišťovna:	
Telefonní kontakt na pacienta:	

První příznaky (od kdy)?

Počet dní s bolestmi hlavy (měsíčně) v posledních 6. měsících (průměrně):

Akutní léčba bolesti (název léku, dle potřeby nebo každý den?):

Profylaktická léčba (dříve a nyní):

Názvy preparátů, jak dlouho je bere/bral(a), **přesné dávkování**, co nemocný nesnáší, alergie:

Centrum diagnostiky a léčby bolestí hlavy je určeno k upřesnění diagnózy a k nastavení optimální léčby, případně k dalšímu vedení léčby u některých pacientů. Pacient bude po přešetření dále léčen buď Centru diagnostiky a léčby bolestí hlavy nebo bude předán do běžné ambulance praktického lékaře anebo ambulantnímu specialistovi mimo KKN.

Centrum je určeno především k diagnostice a léčbě chronických bolestí hlavy.

Nemocní, kteří mají krátkodobé obtíže (méně, než 6. měsíců), by měli být vyšetřeni a léčeni v ordinaci praktického lékaře nebo u ambulantního specialisty.

Bez vyplněné žádanky nebude vyšetření provedeno (vyjímkou je předání pacienta z jiného Centra).

Za správnost údajů odpovídá odesílající lékař.

Datum: