

# Žiadanka o EEG vyšetrenie

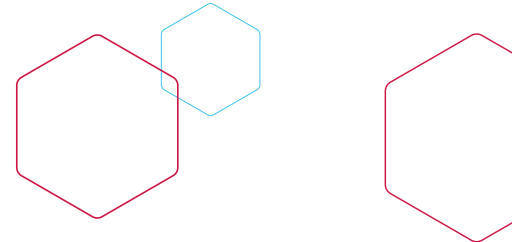
Priezvisko a meno:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Číslo ZP:

Termín vyšetrenia:



Klinická diagnóza /MKCH/:

Epikríza:

Výsledky vyšetrení /CT,MRI/:

Liečba /hlavne psychotropná medikácia/:

Dátum:

podpis a pečiatka odd. lekára

