>> Bardzo proszę o czytelne wypełnianie skierowania <<

pieczęć nagłówkowa

nr umowy

....., dn. .....

SKIEROWANIE na badanie TK

REGON | | | | | | | | | |

.....
(okolica wymagająca badania)
typ jednostki kierującej: **poradnia** / **oddział**
(właściwe zakreślić)

Imię i nazwisko ..... zam. .....
(miejscowość zamieszkania pacjenta)

Pesel pacjenta | | | | | | | | | | | Nr kasy chorych ..... Nr hist. chor. .....

Reakcje alergiczne ..... Wydolność nerek ..... Wydolność serca .....
(tak/nie)

.....

.....

Rozpoznanie kliniczne z podaniem kodu choroby wg **ICD-10** .....

.....

Rozpoznanie histo-patologiczne .....

.....

.....

Cel badania (co badanie ma wyjasnić) .....

.....

.....

Badanie **pierwsze** / **następne** Data poprzedniego badania TK .....
(właściwe zakreślić)

Daty i wyniki poprzednich badań (RTG, USG, TK, MR, scyntygrafia, hist.-pat. i inne).
Prosimy o dołączenie do wglądu zdjęć, zwłaszcza w przypadku badania kontrolnego.

.....

.....

.....

badanie z sedacją (właściwe zakreślić) badanie bez sedacji

Uwaga:
Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się z osobą pełnoletnią.
W przypadku nieczytelnego wypełnienia skierowania badanie będzie przeprowadzone w rutynowy sposób lub przesunięte do czasu wyjaśnienia.

Zgoda pacjenta lub prawnego opiekuna na wykonanie badania TK i ewentualnie podanie środka kontrastowego

lekarz / oddział kierujący

.....
data i podpis

.....
pieczęć zakładu