



ZAKŁAD RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
Pracownia tomografii komputerowej
ul. Zwycięstwa 1, 66-100 Sulechów
tel. 797 606 213, fax: 68 385 22 19

Pieczęć jednostki kierującej z nr umowy z NFZ

Data wystawienia skierowania

Data wpływu skierowania (wypełnia rejestracja)

Termin badania (wypełnia pracownia)

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Rodzaj badania TK

DANE PACJENTA:

Imię

Nazwisko

Wiek

Waga

Badanie pierwsze / kolejne.

PESEL

PESEL input fields

Pacjent hospitalizowany (nazwa oddziału)

Pacjent poradni specjalistycznej (nazwa poradni)

Rozpoznanie kliniczne

kod (ICD 10)

Co badanie ma wyjaśnić? (dane kliniczne)

Poprzednie badania obrazowe (USG, TK, MR...) - tylko obszaru zainteresowania! Należy dostarczyć płyty CD/DVD łącznie z opisami.

Przebyte leczenie operacyjne lub onkologiczne (jakie)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i dożylnie podanie środka kontrastowego.

Data i czytelny podpis pacjenta

brak przeciwwskazań do dożylnego podania środka kontrastowego
 przeciwwskazania do dożylnego podania środka kontrastowego

Podpis i pieczęć lekarza z nr prawa wykonywania zawodu

Rejestracja pod numerem telefonu 797 606 213 w godz. 8-15