affidea

Skierowanie powinno być wypełnione maszynowo lub drukowanymi literami i musi zawierać prawidłowo wpisany PESEL

(pieczęć zakładu kierującego)

Affidea
na terenie Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego
im. Karola Marcinkowskiego
ul. Zyty 26
65-046 Zielona Góra
tel.: +48 68 329 62 83/49
fax: +48 68 329 62 86

ANGIO

SKIEROWANIE NA BADANIE

☐ ANGIO

☐ inne .....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Data wyst. skierowania: .....

Oddział NFZ pacjenta: .....

Ustalony termin badania:

data: ..... godzina: .....

Masa ciała: .....**kg**

Wzrost pacjenta: .....**cm**

Badania odbywają się wg ustalonych terminów.
Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z rodzicem lub prawnym opiekunem.

1. ZAKRES I CEL BADANIA: (co badanie ma wyjaśnić)

.....

2. ROZPOZNANIE: **Kod ICD** .....

.....

.....

3. WYWIAD I WYNIKI BADAŃ: (RTG, ECHO, TK, MR, scyntygrafii, endoskopowych, hist-pat, laboratoryjnych, główne dolegliwości, przebyte choroby, zabiegi operacyjne)

.....

.....

.....

PROSIMY O DOSTARCZENIE NA BADANIE DOTYCHCZASOWEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (WYNIKI BADAŃ, ZDJĘCIA RTG, itp.)

4. CZY PACJENT JEST NA PODWÓJNYM LECZENIU PRZECIW PŁYTKOWYM DAPT?

☐ TAK ☐ NIE

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu .....
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta

Odbierz wyniki online: affidea.pl/wyniki-online

ISOQAR REGISTERED
UKAS MANAGEMENT SYSTEMS
0026
Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001