

SKIEROWANIE NA BADANIE SCYNTYGRAFICZNE

Badanie: NFZ Płatne

.....
*Pieczęć jednostki kierującej
(obowiązkowo z numerem umowy z NFZ
w przypadku badania na NFZ)*

Data wystawienia skierowania:

Data przyjęcia skierowania:

SCYNTYGRAFIA:

- statyczna układu kostnego dynamiczna układu kostnego perfuzji mięśnia sercowego
 nerek statyczna nerek dynamiczna tarczycy z 99mTc tarczycy z 131I
 limfoscintygrafia przytarczyc ślinianek inne:

Dane Pacjenta

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Telefon do pacjenta: Wiek: Wzrost: Waga:

ROZPOZNANIE:

ICD 10

CEL BADANIA: (co badanie ma wyjaśnić)

Czy w ostatnich 6 miesiącach pacjent miał wykonane badanie radiologiczne z użyciem środków cieniujących?

TAK NIE

Alergia

TAK NIE



UWAGA! Prosimy pacjentów oraz ich lekarzy o obowiązkowe dołączenie do skierowania lub przedstawienie przed badaniem istotnych wyników wcześniej przeprowadzonych badań (RTG, TK, MR, USG, poprzednich scyntygrafii, badań laboratoryjnych)

Oświadczam, że zostały przedstawione mi informacje o proponowanej metodzie diagnostycznej i ewentualnych niekorzystnych następstwach związanych z przeprowadzeniem badania radioizotopowego.

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

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

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta



Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001