

dn. ....

**SKIEROWANIE NA BADANIE TK/MR SERCA****Rodzaj badania - BADANIE KARDIOLOGICZNE TK/MR**.....  
(okolica wymagająca badania)

Imię i nazwisko ..... wiek ..... płeć .....

PESEL pacjenta ..... zam. ....

Tel. kontaktowy ..... NFZ ..... Nr hist. chor. ....

**Czy są przeciwwskazania do podania dożylnego preparatu BETALOC**  NIE /  TAK .....Czy są przeciwwskazania do podania środka kontrastującego  NIE /  TAK .....

Choroby alergiczne ..... Wydolność nerek (poziom kreatyniny) .....

Wydolność serca (EF% lub NYHA) ..... Rozpoznane kliniczne z podaniem kodu wg ICD-10 .....

..... Rozpoznanie słowne .....

Dotychczasowy przebieg kliniczny i leczenie

[EKG (ew. patologia), test wysiłkowy (METS, S-T, T, klinika), echo serca, koronarografia, scyntygrafia]

**Cel badania (co badanie ma wyjaśnić)** .....

Badanie pierwsze/następne (data poprzedniego badania TK-serca) .....

Prosimy o dołączenie do wglądu klisz, CD zwłaszcza w przypadku badania kontrolnego .....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (co stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania)

.....  
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego na wykonanie badania TK serca i ewentualne podanie środka kontrastującego.

**podpis pacjenta lub opiekuna prawnego****telefon kontaktowy do lekarza kierującego****pieczętka**Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu .....  
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym......  
Imię i nazwisko.....  
Podpis PacjentaNumer Certyfikatu 14496  
ISO 9001  
ISO 14001