



SKIEROWANIE DO PRACOWNI RADIOLOGICZNEJ

Rodzaj badania

Nazwisko i imię:
data urodzenia: PESEL.....
telefon: Adres:

ROZPOZNANIE (ICD 10):

CEL BADANIA (uzasadnienie).....
.....

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH (dotychczas wykonane).....
.....

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE.....
.....

CZY PODAWANO KIEDYKOLWIEK DOŻYLNIE KONTRAST?*

CZY WYSTĄPIŁY POWIKŁANIA?*

Przeciwwskazania do podania kontrastu*.....

(alergia, astma, nadczynność tarczycy,)

*wypełnić jedynie w przypadku badań z użyciem kontrastu

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza zlecającego

Oświadczam, że przeczytałam/łem i zrozumiałam/em całą zawartość formularza oraz miałam/em możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Będąc świadomą/ym możliwości wystąpienia u mnie działań niepożądanych wyrażam zgodę na wykonanie badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego i ewentualne podanie dożylnego środka kontrastowego.

data i podpis pacjenta
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis opiekuna prawnego lub pacjenta i opiekuna)

DAWKA (ewentualnie kV , mA)	APARAT	KONTRAST (jaki i ilość?)	PODPIS TECHNIKA