

.....
data

.....
czytelna pieczętka placówki kierującej

SKIEROWANIE NA BADANIE IZOTOPOWE.....

rodzaj badania (nazwa narządu)

DO ZAKŁADU MEDYCYNY NUKLEARNEJ
Centralnego Szpitala Klinicznego MON
Wojskowego Instytutu Medycznego
00-909 Warszawa, ul. Szaserów 128
Tel. 022 6816117 Fax. 022 6816129

Nazwisko i imię.....

PESEL pacjenta

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

Tel. pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Kod rozpoznania ICD-10.....

Oddział NFZ.....

Waga.....

Wzrost.....

Ciśnienie krwi.....

Nr hist. chor......

ROZPOZNANIE:

(hist-pat, jeżeli dostępne)

CO BADANIE MA WYJAŚNIĆ (OPIS PROBLEMU DIAGNOSTYCZNEGO):

DOTYCHCZASOWE BADANIA IZOTOPOWE:

BADANIA DODATKOWE:

CIĄŻA: tak / nie **KARMENIE PIERSIĄ:** tak / nie

PRZEBYTE URAZY, ZABIEGI CHIRURGICZNE:

UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO:

.....
podpis, pieczęć i telefon lekarza kierującego

