

.....
jednostka kierująca

.....
miejsowość

.....
data

PRZECZYTAĆ PRZED WYPEŁNIENIEM

1. Skierowanie należy wypełnić czytelnie (drukowanymi literami).
2. Pacjent na 4 godziny przed badaniem powinien być na czczo.
3. Pacjent kierowany na badanie jamy brzusznej powinien na dwie godziny przed badaniem wypić około 2 litrów wody (nie dotyczy osób z niewydolnością krążenia).
4. Dołączyć do skierowania wyniki i dokumentację zdjęciową wcześniejszych badań obrazowych (rtg, usg, KT, MR).

SKIEROWANIE NA BADANIE KT

.....
badana okolica ciała



Pracownia Tomografii Komputerowej
SP ZOZ w Choszczynie, ul. Niedziałkowskiego 4a
tel. 95 765 8776 fax 95 765 2410 www.spozchoszczno.pl

Kieruję Panią/Pana..... lat

zam. ul. nr kod miejscowość.....

Ubezpieczona(y) tak/nie PESEL

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

Badanie pierwsze/kolejne

Rozpoznanie kliniczne ICD 10

--

Co badanie ma wyjaśnić?

.....
.....

Dane kliniczne

.....
.....

Wyniki innych badań

.....
.....

.....
podpis lekarza kierującego

.....
podpis Ordynatora oddziału

Czy są przeciwwskazania do podania środka kontrastowego?

(m.in. niewydolność nerek, cukrzyca, szpiczak mnogi, uczulenie na środki kontrastowe)

chorym z grupy ryzyka należy oznaczyć i wpisać

poziom kreatyniny we krwi:

Informacja dla pacjenta:

Podczas badania może zaistnieć potrzeba dożylnego podania środka kontrastowego, który może wywołać objawy uboczne (nudności, wymioty, zaburzenia oddychania, zaburzenia układu krążenia, uczulenia itp.).

Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego podczas badania, jestem poinformowany o ewentualnych powikłaniach i ryzyku badania.

.....
czytelny podpis pacjenta / osoby uprawnionej

Kieruję chorego na badanie KT do SP ZOZ w Choszczynie.

Należność za badanie zostanie zapłacona przez naszą jednostkę w wysokości określonej w cenniku SP ZOZ Choszczno na podstawie otrzymanej faktury.

.....
czytelny podpis dyrektora/kierownika jednostki kierującej