



## SKIEROWANIE NA BADANIE TK

Pieczętka jednostki kierującej	Telefon kontaktowy	Data wystawienia skierowania
	Oddział NFZ:	Data zgłoszenia skierowania
	Nr księgi oddziałowej:	Data wykonania badania

### INFORMACJE NA TEMAT PACJENTA

Nazwisko	Imię
Adres domowy	Pesel
Województwo	Data urodzenia
Telefon kontaktowy pacjenta	Waga/wzrost

### INFORMACJE NA TEMAT BADANIA

Zakres badania	KOD ICD-10	
	KOD ICD- 9	
Cel badania , uzasadnienie, krótki wywiad		
Badanie TK	Telefon kontaktowy lekarza kierującego	Podpis i pieczętka lekarza kierującego
Pierwsze		
Kolejne		
Stwierdzenie przeciwwskazań do podanie środka kontrastowego (jakie)		
Aktualny poziom kreatyniny:		

### WYPEŁNIA PRACOWNIA TK

Data wykonania badania	Podpis technika wykonującego badanie	Podpis lekarza zlecającego kontrast
Badanie (bez i z/bez kontrastu)	Podany kontrast	Podpis pielęgniarki podającej kontrast

**UWAGA :** Proszę o dostarczenie kserokopii poprzednich wyników badań diagnostycznych(USG, RTG, TK, MR, Scyntygrafi, badan endoskopowych , His-pat) oraz zdjęcia /CD  
Tylko kompletne i czytelnie wypełnione skierowanie z dołączoną dokumentacją medyczna będą przyjmowane . Ostateczną decyzje o badaniu podejmuje wykonujący lekarz radiolog.