

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Dane pacjenta:

Imię: _____ Data urodzenia/wiek: _____
Gatunek: _____ Płeć: _____
Rasa: _____ Waga: _____

Dane opiekuna:

Imię: _____ Telefon: _____
Nazwisko: _____ Mail: _____

Lokalizacja badanego miejsca (proszę o wpisanie dokładnej lokalizacji)

Badanie z kontrastem: TAK / NIE

Przeciwwskazania do podania kontrastu:

Dokumentacja:

Badania krwi:	TAK / NIE	Echo serca:	TAK / NIE
RTG:	TAK / NIE	Badanie moczu:	TAK / NIE
USG:	TAK / NIE	Wypis leczenia:	TAK / NIE

Choroby przewlekłe/przyjmowane leki:

Dane lekarza kierującego: (wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko:
Numer telefonu:

Data, podpis oraz pieczętka lekarza
kierującego