

**WODZISŁAWSKIE CENTRUM DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**  
**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA**  
**UL. RADLIŃSKA 68**  
**44-300 WODZISŁAW ŚLĄSKI**  
**32/440 99 88 , 883 025 202**

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ**  
**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA**

Pan/Pani.....  
PESEL.....  
Rozpoznanie.....  
kod (ICD10).....  
Cel badania.....  
.....

Proszę o badanie tomografii komputerowej:

	<b>z kontrastem:</b>	<b>bez kontrastu:</b> (nie wymaga kreatyniny)
<input type="checkbox"/> głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zatok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HRCT klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kręgosłupa l/s <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> Th <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> miednicy małej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> inne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(np. stopa, staw skokowy, nadgarstek, bark, łokieć  
kolano, biodro itp.)

.....  
czytelny podpis oraz pieczęć lekarza

KREATYNINA.....

Zgoda pacjenta na badanie  
Wyrażam zgodę na wykonanie badania tomografii komputerowej z podaniem środka kontrastowego.

.....  
Data i podpis pacjenta