

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:

	z kontrastem:	bez kontrastu: (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 pieczętka lekarza

KREATYNINA.....

Zgoda pacjenta na badanie

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

.....
Data i podpis pacjenta