



BESKIDZKIE CENTRUM DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY

ul. Radlińska 68

44-300 Wodzisław Śląski

tel. 32-440-99-88 / e-mail: tomografia@bcdo.pl

www.wodzislawskiecentrumdiagnostykiobrazowej.pl

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA**

Pan/Pani

PESEL

Rozpoznanie

kod (ICD10)

Cel badania

.....

Proszę o badanie tomografii komputerowej:

	bez kontrastu	z kontrastem
<input type="checkbox"/> głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> oczodołów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> twarzoczaszki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> piramid kości skroniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zatok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> szyi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jamy brzusznej i miednicy małej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kręgosłupa <input type="checkbox"/> l/s <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> Th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> miednicy mniejszej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kończyny górnej lub dolnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angiografia TK		
<input type="checkbox"/> HRCT klatki piersiowej		
<input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

* właściwe zakreślić

.....
czytelny podpis oraz pieczęć lekarza

KREATYNINA