Data: ………………………

(pieczęć jednostki zlecającej)

**W Z Ó R**

**SKIEROWANIA NA BADANIE TK / MR**

Proszę o wykonanie badania: …………………………………………………………

*Lekarz radiolog decyduje o obszarze i sposobie wykonania badania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.02.2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. po. 1015 z późn. zm.) oraz Ustawą z dnia 29.11.2000 r. Prawo atomowe (t.j. Dz. U z 2014 r. poz. 1512 z późn. zm.)*

**Dane pacjenta**:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………..………………………..….

Adres: …………………………………………………………………………………………….………

PESEL: ……………………………………… Ubezpieczony: ……………………………………….…

Waga ciała: …………………..……… Wzrost:…………..……………… Wiek: ……………………...

Pacjent hospitalizowany/ Oddział: ………………………………………….……………………………

Rozpoznanie: ……………………………………………………………………………….…………….

Kod (ICD 10): ……………………………………………………………………………………………

Cel badania (uzasadnienie): ……………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………….…………

…………………………………………………………………………………………………………….

BADANIA DIAGNOSTYCZNE:  
  
……………………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………….

BADANIA LABORATORYJNE:  
  
……………………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………………….……………

………………………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem: ………………………………………………….……

Wyznaczony termin badania: ………………………………………………...…………………………..

*OŚWIADCZENIE PACJENTA:  
Wyrażam zgodę na badanie i dożylne podanie kontrastu. ………………………  
 (podpis Pacjenta)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |
| (podpis lekarza kierującego) | (podpis Ordynatora/Kierownika) | (podpis Dyrektora) |