



## SKIEROWANIE DO PRACOWNI RADIOLOGICZNEJ

Rodzaj badania .....

### DANE O PACJENCIE

Nazwisko i imię.....

data urodzenia.....

PESEL.....

adres.....

**ROZPOZNANIE** (w tym kod wg ICD 10).....  
.....  
.....

**CEL BADANIA** (uzasadnienie).....  
.....  
.....

**WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH** (dotychczas wykonane).....  
.....  
.....

**\* UWAGA!** Formularz dwustronny – należy wypełnić obydwie strony

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE.....

.....

CZY PODAWANO KIEDYKOLWIEK DOŻYLNIE KONTRAST?\*

CZY WYSTĄPIŁY POWIKŁANIA?\*

Przeciwwskazania do podania kontrastu\*

(alergia, astma, nadczynność tarczycy,)

\*wypełnić jedynie w przypadku urografii

.....  
czytelny podpis i pieczętka lekarza zlecającego

kV	mA	APARAT (NR)	KONTRAST (jaki i ilość?)	PODPIS TECHNIKA

Formularz : PR8_z5
Nr wydania: 4
Data wydania: 14.01.2015
Strona: 2 z 2