



PRACOWNIA MEDYCYNY NUKLEARNEJ
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią

70-965 Szczecin, ul. Piotra Skargi 9-11, rejestracja telefoniczna: 91 810 58 38;

SKIEROWANIE NA BADANIE SCYNTYGRAFICZNE

| | |
|--|------------------------------|
| Badanie: NFZ Płatne | Data wystawienia skierowania |
| <i>Pieczęć jednostki kierującej (obowiązkowo z numerem umowy z NFZ w przypadku badania na NFZ)</i> | Data przyjęcia skierowania |

| |
|---|
| Scyntygrafia: układu kostnego perfuzji mięśnia sercowego dynamiczna nerek statyczna nerek limfoscyntygrafia przytarczyc tarczycy ślinianek inne: |
|---|

DANE PACENTA

| | | | |
|--|--------|-------------------------------------|-----|
| Nazwisko i imię pacjenta | | PESEL | |
| Adres | | Telefon kontaktowy pacjenta | |
| Wiek | Wzrost | Waga | |
| Rozpoznanie | | <input type="text" value="ICD 10"/> | |
| Co badanie ma wyjaśnić | | | |
| Czy w ostatnich 6 miesiącach pacjent miał wykonane badanie radiologiczne z użyciem środków cieniujących? | | TAK | NIE |
| Alergia | TAK | NIE | |

UWAGA! Prosimy pacjentów oraz ich lekarzy o **obowiązkowe dołączenie** do skierowania lub przedstawienie przed badaniem istotnych wyników wcześniej przeprowadzonych badań (RTG, TK, MR, USG, poprzednich scyntygrafii, badań laboratoryjnych)

| | |
|--|--|
| <i>Oświadczam, że zostałem poinformowany/na przez lekarza kierującego o proponowanej metodzie diagnostycznej i ewentualnych niekorzystnych następstwach związanych z przeprowadzeniem badania radioizotopowego</i> | |
| Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego | Pieczętka i podpis lekarza kierującego |