

SKIEROWANIE NA BADANIE TK/MR SERCA

rezonans magnetyczny (MR) tomografia komputerowa (TK)

Rodzaj badania – badanie kardiologiczne TK/MR

(okolica wymagająca badania)

DANE PACJENTA

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

Imię:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

Wiek: Płeć:

(pieczęć zakładu kierującego)

Data wyst. skierowania:

Oddział NFZ Pacjenta:

Nr historii choroby:

Czy są przeciwwskazania do podania dożylnego preparatu BETALOC nie tak

Czy są przeciwwskazania do podania środka kontrastującego nie tak

Choroby alergiczne: Wydolność nerek (poziom kreatyniny):

Wydolność serca (EF% lub NYHA): Rozpoznanie kliniczne z podaniem kodu wg ICD-10:

..... Rozpoznanie słowne

Dotychczasowy przebieg kliniczny i leczenie (EKG (ew. patologia), test wysiłkowy (METS, S-T, T, klinika), echo serca, koronarografia, scyntygrafia)

Cel badania (co badanie ma wyjaśnić)

Badanie pierwsze następne (data poprzedniego badania MR/TK serca)

PROSIMY O DOŁĄCZENIE DO WGLĄDU KLISZ, CD ZWŁASZCZA W PRZYPADKU BADANIA KONTROLNEGO

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (co stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania).

Zgoda Pacjenta lub opiekuna prawnego na wykonanie badania TK serca i ewentualne podanie środka kontrastującego.

Telefon kontaktowy do lekarza kierującego

.....
Podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)