affidea

INFOLINIA
224 411 111

Affidea Międzynarodowe Centrum Onkologii Koszalin
ul. Tytusa Chałubińskiego 7
www.affidea.pl

Skierowanie powinno być wypełnione maszynowo lub drukowanymi literami i musi zawierać prawidłowo wpisany PESEL

SKIEROWANIE NA BADANIE SCYNTYGRAFICZNE

Scyntygrafia:
☐ statyczna układu kostnego ☐ dynamiczna układu kostnego ☐ perfuzji mięśnia sercowego
☐ nerek statyczna ☐ nerek dynamiczna ☐ tarczycy z 99mTc ☐ tarczycy z 131I ☐ limfoscyntygrafia
☐ przytarczyc ☐ ślinianek ☐ inne .....

DANE PACJENTA

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Telefon: .....

e-mail: .....

Wiek: ..... Wzrost: ..... Waga: .....

Pieczęć jednostki kierującej (obowiązkowo z numerem umowy z NFZ w przypadku badania na NFZ)

Badanie: ☐ NFZ ☐ płatne

Data wystawienia skierowania: .....

Data przyjęcia skierowania: .....

1. Rozpoznanie: Kod ICD .....

.....

.....

2. Cel badania (co badanie ma wyjaśnić)

.....

3. Czy w ostatnich 6 miesiącach Pacjent miał wykonane badanie radiologiczne z użyciem środków cieniujących? ☐ tak ☐ nie

4. 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)

Oświadczam, że zostały przedstawione mi informacje o proponowanej metodzie diagnostycznej i ewentualnych niekorzystnych następstwach związanych z przeprowadzeniem badania radioizotopowego.

.....
Podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu

.....
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

....
Imię i nazwisko Podpis Pacjenta

SYSTEM CERTIFICATION ISO/IEC 27001 SGS
UKAS MANAGEMENT SYSTEMS 0005