

<b>WYPEŁNIA LEKARZ</b>			
Data wystawienia skierowania	Termin badania		Pieczętka jednostki kierującej
	Data	Godzina	
<b>Badany narząd/okolica ciała:</b>			
Imię i nazwisko		Płeć	<b>K</b> <b>M</b>
PESEL		Waga- kg	
Adres		Wzrost - cm	
Telefon		E-mail	
Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego*			
Adres przedstawiciela ustawowego*			
<b>Rozpoznanie kliniczne:</b>			<b>KOD ICD-10</b>
<b>Cel badania:</b>			
A	Czy w przeszłości Pacjent miał wykonywane badanie tomografem komputerowym? Jeśli tak, kiedy i jakie?	TAK	NIE
B	Czy pacjent był kiedykolwiek operowany? Jeśli tak, kiedy i jaki rodzaj operacji?	TAK	NIE
C	Czy pacjent miał wykonywane inne badania obrazowe (np. USG, RTG, MR)? Jeśli tak, prosimy dołączyć wyniki tych badań.	TAK	NIE
<b>Poziom SCR (kreatyniny)</b> wynik nie starszy niż 7 dni		Data, pieczętka i podpis	
<b>Wartość eGFR</b>		numer telefonu	

\* wypełnić w przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody

**PRACOWNIA TOMOGRAFII  
KOMPUTEROWEJ**

**95-100 ZGIERZ, UL. A. STRUGA 2-4,  
TEL. 714-35-24**