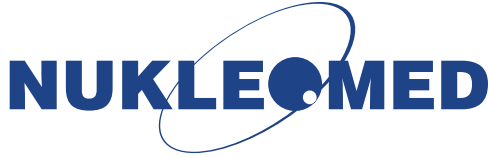


Pieczęć jednostki kierującej



ul. Żegańska 46A, 04-736 Warszawa  
(22) 613 05 10, (22) 812 13 89  
rejestracja@nukleomed.pl

Data wystawienia skierowania: \_\_\_\_\_  
Oddział NFZ: \_\_\_\_\_

## SKIEROWANIE NA BADANIE SCYNTYGRAFIA PRZYTARCZYC MIBI

### DANE PACJENTA

PESEL:  Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Imię: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Wzrost: \_\_\_\_\_ Waga: \_\_\_\_\_  
Rozpoznanie: \_\_\_\_\_ Kod ICD 10 \_\_\_\_\_  
Rozpoznanie histopatologiczne. \_\_\_\_\_  
Opis problemu diagnostycznego: \_\_\_\_\_

### DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Chirurgiczne: nie leczony data zabiegu \_\_\_\_\_

### BADANIA LABORATORYJNE

poziom PTH wapń całkowity lub zjonizowane fosforany poziom witaminy D3

### DOTYCHCZAS WYKONANE BADANIA OBRAZOWE

USG: nie tak (data badania) \_\_\_\_\_ TK: nie tak (data badania) \_\_\_\_\_  
MR: nie tak (data badania) \_\_\_\_\_ Scyntygrafia: nie tak (data badania) \_\_\_\_\_  
PET/CT: nie tak (data badania) \_\_\_\_\_

**PRZYPOMINAMY O KONIECZNOŚCI DOŁĄCZENIA OPISÓW I ZDJĘĆ Z WYKONANYCH DOTYCHCZA BADAŃ OBRAZOWYCH ORAZ KART INFORMACYJNYCH Z DOTYCHCZASOWYCH HOSPITALIZACJI.**

Ciąża: nie tak Karmienie piersią: nie tak

Uwagi: Proszę nie przyjmować witaminy D3 przez około 3-4 tygodnie przed badaniem

Telefon kontaktowy do lekarza kierującego (opcjonalnie): \_\_\_\_\_  
Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu \_\_\_\_\_  
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)