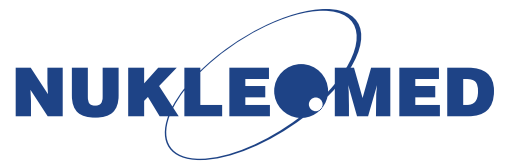


Pieczęć jednostki kierującej



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 PET/CT

DANE PACJENTA

PESEL: Imię: _____ Nazwisko: _____
Adres: _____
Telefon: _____ e-mail: _____ Wzrost: _____ Waga: _____
Rozpoznanie: _____ Kod ICD 10 _____
Rozpoznanie histopatologiczne: _____
Opis problemu diagnostycznego: _____
(Co ma wyjaśnić badanie?) _____

DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Chirurgiczne: nie leczony data zabiegu _____
Chemioterapia: nie leczony w trakcie zakończono (data) _____
Radioterapia: nie leczony w trakcie zakończono (data) _____
Opis leczenia (rodzaje zabiegów): _____

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 DOTYCHCZAS
BADAŃ OBRAZOWYCH ORAZ KART INFORMACYJNYCH Z DOTYCHCZASOWYCH HOSPITALIZACJI.**

Cukrzyca: nie tak Insulina lub leki doustne: nie tak
Cięża: nie tak Klaustrofobia: nie tak
Karmienie piersią: nie tak

Uwagi: _____

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)