

**SKIEROWANIE NA BADANIE TK/MR REFUNDOWANE Z NFZ
W PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ NZOZ „TOMOGRAF” S.C.
43-300 Cieszyn, ul.Stawowa 71, tel.033 8513590**

Proszę o badanie TK u Pana(i) :

Data urodzenia :, **PESEL :**

Adres :, **telefon :**

Ubezpieczony w:, Nr ubezp:

Nr i rodzaj dokumentu:

/w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji/

Inny płatnik:

Pacjent Poradni Specjalistycznej / nazwa Poradni/ jednostki kierującej:

nazwa

adres.

nr wpisu do rejestru

nr NIP i Regon

nr umowy z NFZ

Rodzaj badania: tomografia komputerowa

Rozpoznanie: **kod ICD10:**

Cel badania (uzasadnienie) :

Istotne informacje i wyniki badań dodatkowych :

Prosimy dołączyć poprzednią dokumentację zdjęciową

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwaga:

Odpowiadający za proces diagnostyczny lekarz radiolog ostatecznie decyduje o obszarze i sposobie wykonania badania zgodnie z § 4 pkt 1,5 Rozp. Min. Zdrowia z dn. 25.08.2005 r. (Dz.U.2005, nr 194, poz. 1625) oraz art. 33c ust. 9 Ustawy z dn. 29.11.2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. 2001, nr 3, poz. 18 z późn.zm.)

Wyrażam zgodę na wykonanie badania tomografii komputerowej.

Wyrażam zgodę na założenie wkłucia dożylnego oraz wyrażam zgodę na dożylnie podanie w czasie badania środka kontrastowego, o którego rodzaju i celowości podania zostałem/-am wcześniej poinformowany/-a, jak również o wiążącym się z jego podaniem ryzyku i możliwych ewentualnych powikłaniach.

Podpis Pacjenta i/lub opiekuna prawnego

Wypełnia pracownia NZOZ „Tomograf”S.C.

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:

Wyznaczony termin badania: