

dn.

Pieczęć jednostki kierującej

SKIEROWANIE NA BADANIE TK SERCA

Rodzaj badania - BADANIE KARDIOLOGICZNE TK

(okolica wymagająca badania)

Imię i nazwisko..... wiek płeć

PESEL pacjenta zam.

Tel. kontaktowy NFZ Nr hist. Chor.....

Czy są przeciwwskazania do podania dożylnego preparatu BETALOC NIE / TAK

Czy są przeciwwskazania do podania środka kontrastującego NIE / TAK

Choroby alergiczne..... Wydolność nerek (poziom kreatyniny)

Wydolność serca (EF% lub NYHA) Rozpoznane kliniczne z podaniem kodu wg ICD-10.....

..... Rozpoznanie słowne

Dotychczasowy przebieg kliniczny i leczenie

[EKG (ew. patologia), test wysiłkowy (METS, S-T, T, klinika), echo serca, koronarografia, scyntygrafia]

Cel badania (co badanie ma wyjaśnić)

Badanie pierwsze/następne (data poprzedniego badania TK-serca)

Prosimy o dołączenie do wglądu klisz, CD zwłaszcza w przypadku badania kontrolnego

Oświadczenie:

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (co stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania)

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego na wykonanie badania TK serca i ewentualne podanie środka kontrastującego.

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego



.....
Lekarz kierujący