

ZAKŁAD MEDYCYNY NUKLEARNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100, tel. (0-81) 537-44-71

Jednostka kierująca (pieczętka)	<p style="text-align: center;">SKIEROWANIE NA BADANIE IZOTOPOWE UKŁADU POKARMOWEGO:</p> <p><input type="checkbox"/> - CHOLESCYNTYGRAFIA <input type="checkbox"/> - REFLUKS ŻOŁĄDKOWO-PRZELYKOWY <input type="checkbox"/> - OPRÓŻNIANIE ŻOŁĄDKA</p>
---------------------------------	---

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres..... TEL.....

Rozpoznanie kliniczne i kod ICD.....

Cel badania.....

Krótki wywiad.....

Poprzednie badanie izotopowe.....

Leczenie.....

Waga ciała.....Wzrost.....RR.....

Jedynym przeciwwskazaniem do badania scyntygraficznego jest ciąża i okres karmienia.

Lublin, dnia.....

podpis i pieczętka
lekarza kierującego

1. Rejestracja pacjentów przez lekarza kierującego- telefonicznie (lub osobiście w Zakładzie)

w godz. 8.00 - 13.00, codziennie.

2. Termin badania uzgodniony z Zakładem: data..... godz.....

3. Wyrażam zgodę na badanie izotopowe

(podpis pacjenta)

WYNIKI BADAŃ SĄ WYDAWANE PACJENTOWI LUB OSOBIE POSIADAJĄCEJ PISEMNE UPOWAŻNIENIE.