

13P

Pieczęć jednostki organizacyjnej, adres, telefon
Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

data wystawienia skierowania

Skierowanie do badania RTG/USG/Mammograficznego¹⁾

Proszę o badanie

U Pana(i)

Adres Telefon

PESEL | | | | | | | | | |

Data ostatniej miesiączki:

Rozpoznanie

Kod (ICD-10)

Cel badania, co badanie ma wyjaśnić

Poprzednie badania

Lokalizacja zmian
do badania celowanego²⁾

P L



czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

1 - niepotrzebne skreślić, 2 - dotyczy mammografii

Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie wykonania badania, ewentualnym ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań.

Data: Podpis pacjenta: Podpis lekarza informującego

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Data: Podpis pacjenta:

Wyrażam zgodę na badanie oraz dożylne podanie środka cieniującego. Po podaniu środka cieniującego muszę pozostać w pracowni diagnostycznej 1 godz.

Data: Podpis pacjenta:

Wypełnia RTG

Warunki ekspozycji

Aparat	Nr kasety	kV	mAs	Technik

Rodzaj badania z wykorzystaniem środka cieniującego:

Środek cieniujący:

Ilość środka cieniującego: ml

Ciśnienie tętnicze pacjenta:/..... Waga: kg

Uwagi: