>> Bardzo proszę o czytelne wypełnianie skierowania <<

pieczęć nagłówkowa

nr umowy

....., dn. .....

SKIEROWANIE na badanie MR

REGON | | | | | | | | | |

.....
(okolica wymagająca badania)
typ jednostki kierującej: **poradnia** / **oddział**
(właściwe zakreślić)

Imię i nazwisko ..... zam. .....
(miejscowość zamieszkania pacjenta)

Pesel pacjenta | | | | | | | | | | | Nr hist. chor. .....

Rozpoznanie kliniczne z podaniem kodu choroby wg **ICD-10** .....

.....

Rozpoznanie histo-patologiczne .....

.....

.....

Badanie **pierwsze** / **następne**
(właściwe zakreślić)

Data poprzedniego badania MR .....

DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG CHOROBY I OBECNY STAN KLINICZNY

.....

.....

Przebyte operacje:
Rodzaj operacji .....

.....

Daty i wyniki poprzednich badań (RTG, USG, TK, MR, scyntygrafia, hist.-pat. i inne).
Prosimy o dołączenie do wglądu zdjęć, zwłaszcza w przypadku badania kontrolnego.

.....

.....

.....

Cel badania: .....

.....

Uwaga:
Badanie wymaga przebywania w całkowitym bezruchu przez około godzinę.
Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się z osobą pełnoletnią.
Pracownia przewiduje wykonania dodatkowego badania oprócz ustalonego w dniu zapisu.
W przypadku nieczytelnego wypełnienia skierowania badanie będzie przeprowadzone w rutynowy sposób lub przesunięte do czasu wyjaśnienia.

Stwierdzam, że kierowani przeze mnie pacjent nie posiada żadnych metalowych ciał obcych (w tym implantów medycznych) stwarzających dla niego zagrożenie życia lub zdrowia podczas badania MR

podpis i pieczęć lekarza
lekarz / oddział kierujący

Zgoda pacjenta lub prawnego opiekuna na wykonanie badania MR i ewentualnie podanie środka kontrastowego

.....
data i podpis

.....
pieczęć zakładu

SKIER-0012/09/SAND