

ORYGINAŁ / KOPIA (niepotrzebne skreślić)

--	--	--

Pieczęć nagłówkowa podmiotu kierującego

Identyfikator umowy Świadczeniodawcy z NFZ

Numer kolejny zlecenia

Bydgoszcz, dnia

**Zlecenie wykonania badań diagnostycznych
do**

Pacjent:

Nazwisko:

Imię:

Miejscowość:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

PESEL:

Nr ubez.:

Telefon:

Rozpoznanie wiodące KOD ICD10	Ciężar ciała
--------------------------------------	--------------

Zleczone badanie (kod – opis słowny)	na dzień
---	-----------------

Dodatkowe uwagi / Cel wykonania badania
--

Szczegóły zlecenia

Czy wcześniej podano pacjentowi środki cieniujące ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy wystąpiły powikłania ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Badanie (zakreślić) pierwsze , kontrolne:	Data poprzedniego badania TK:	

Podpis pacjenta

Pieczętka imienna i podpis lekarza kierującego

WYPEŁNIA PERSONEL ZAKŁADU RADIOLOGII

Rodzaj środka kontrastowego..... objętość(ml).....

Sposób podania.....

Pieczętka i podpis lekarza zlecającego kontrast

Pieczętka i podpis pielęgniarki

Podpis technika RTG

Uwagi: