



# Centrum Diagnostyki Obrazowej EPIONE

EPIONE – Tysiąclecie, ul. Zawiszy Czarnego 7a, 40-873 Katowice

**Kontakt telefoniczny – (32) 411 00 00**

Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godzinach: 8:00 - 18:00

|                              |
|------------------------------|
| Pieczęć jednostki kierującej |
|------------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| Data wystawienia skierowania |
| Termin badania               |
| Numer badania                |
| Rodzaj badania               |

## SKIEROWANIE NA BADANIE TK

### Dane Pacjenta:

|                            |                       |                   |    |
|----------------------------|-----------------------|-------------------|----|
| Imię                       | Nazwisko              | Data urodzenia    |    |
| Ulica, numer domu i lokalu | Kod pocztowy i miasto | Poziom kreatyniny |    |
| Ubezpieczony w             | Województwo           | Poziom glukozy    | RR |
| Numer PESEL                | Waga ciała            | Saturacja         |    |

**Pacjent:**  chodzący  leżący

**Badanie:**  pierwsze  kolejne

|   |              |
|---|--------------|
| Rozpoznanie kliniczne   |              |
| Istotne dane kliniczne  | Kod (ICD 10) |
| Co ma badanie wyjaśnić  |              |
| Dokumentacja badań obrazowych (TK, RTG, USG, MR). <b>Prosimy o dostarczenie oryginalnych badań łącznie z opisami.</b> |              |
| Przebyte zabiegi operacyjne, istotne dane kliniczne, ewentualne uczulenie na radiologiczne środki kontrastowe         |              |

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i dożylnie**

**WYNIK ODEBRANO**

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

.....  
Podpis i pieczęć lekarza z nr prawa wykonywania zawodu

.....  
Data i podpis