



Zakład Medycyny Nuklearnej z ośrodkiem PET ŚCO

ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce
NIP 959-129-49-07
Regon 001263233

<http://www.onkol.kielce.pl>

Rejestracja 041 36-74-850
fax 041 36-74-887
Sekretariat 041 36-74-860

e-mail: zmnsco@onkol.kielce.pl

F-12/LMN wyd. II

SKIEROWANIE NA BADANIE SCYNTYGRAFICZNE

	ID:	Nr badania															
Typ skierowania	Rutynowy:	DILO:	Pilny: *wymagany bezwzględnie kontakt telefoniczny z lekarzem Zakładu Medycyny Nuklearnej 3674-856, -858, -883														
Imię i Nazwisko Pacjenta					Data wystawienia												
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														Telefon		
Adres					Oddział NFZ												
Rozpoznanie					Kod rozpoznania ICD 10												
Rozpoznanie histopat.																	
Krótki opis leczenia. Opis problemu diagnostycznego.																	
Dotychczasowe leczenie																	
Chirurgiczne		Chemioterapia			Radioterapia												
nie leczony	data zabiegu	nie leczony	w trakcie	zakończona (data)	nie leczony	w trakcie	zakończona (data)										
Dotychczas wykonane badania obrazowe																	
USG		TK		MRI		Scyntygrafia		PET									
tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie								
data:		data:		data:		data:		data:									
Przypominamy o konieczności dołączenia opisów i zdjęć z wykonanych dotychczas badań obrazowych oraz kart informacyjnych z dotychczasowych hospitalizacji.																	
Ośrodek kierujący Pieczęć (czytelna)			Lekarz kierujący Pieczęć i podpis lekarza specjalisty (czytelna)				Telefon kontaktowy do lekarza kierującego										

Osobami towarzyszącymi pacjentowi nie mogą być kobiety w ciąży oraz małe dzieci.

Niniejszy dokument stanowi własność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.
Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.