

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG



SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1
im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
rejestracja tel. 52/585 4688, 52/585 4999, 52/585 4685
fax. 52/585 4050

dane jednostki kierującej

data zlecenia	data wpływu skierowania	wyznaczony termin	pieczętka i podpis rejestratorki

WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Imię i nazwisko: PESEL:
adres: data urodzenia:
telefon: wiek: płeć: ICD-10:
rozpoznanie kliniczne:
rodzaj badania/okolica anat.: **USG met. Dopplera**
co badanie ma wyjaśnić:

WYPEŁNIA PERSONEL ZAKŁADU RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

data badania:
pieczętka i podpis
lekarza kierującego:

INFORMACJA DLA PACJENTA

Badanie RTG przebiega z użyciem potencjalnie szkodliwego promieniowania jonizującego. **U kobiet w ciąży** RTG może być wykonywane jedynie w sytuacji ratowania życia. Badanie jest nieinwazyjne i bezbolesne, trwa od 5 do 10 minut i nie wymaga specjalnego przygotowania (o ile lekarz kierujący nie zdecyduje inaczej). Prosimy o dostarczenie wyników poprzednio wykonanych badań obrazowych (USG, RTG, TK, MR, scyntygrafia, PET) w postaci opisu i CD.

Wynik badania można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną. Upoważnienie musi być wystawione osobiście przez pacjenta w Rejestracji. Istnieje również możliwość wysłania wyniku drogą pocztową (prosimy o zgłoszenie takiej prośby w Rejestracji).

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości wystąpienia działań niepożądanych i będąc tego świadomy(-a) wyrażam zgodę na wykonanie ww. badania.

data i podpis pacjenta:
(w przypadku osób niepełnoletnich podpis opiekuna prawnego lub pacjenta i opiekuna)

pieczętka i podpis lekarza
kierującego i przyjmującego zgodę pacjenta: