**Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ul. dr I. Romanowskiej 2**

**Zakład Medycyny Nuklearnej, tel.(52) 374-38-63, fax.(52) 374-38-56**

Pieczęć zakładu kierującego dnia,…..…………………….

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU MEDYCYNY NUKLEARNEJ**

 **NA BADANIE ………………………………………..**

 Płeć: ……………..

Pacjent: ……………………..…………………………..… PESEL: ……………………… Data urodzenia:…………………………

 Nazwisko i imię pacjenta RRRR/MM/DD

ADRES: …...……...… …………………...………….………...….…………..… …. Telefon:…..……...…………….…

 ulica, nr kod pocztowy, miejscowość

KOD ICD-10: …………… Rozpoznanie ………………………………………,…………………………………………

 (wg międzynarodowej klasyfikacji) (rozszerzenie rozpoznania)

**Nazwa usługi**: ………………………………………………………………………………………………………………..

**Cel badania:**

……………..………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Istotne wyniki innych badań obrazowych i laboratoryjnych**

……………..………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Informacje o uczuleniach:**

……………..………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Ciąża:**

……………..………………………………………………………………………………………………………………….

**Lekarz kierujący**

……..……………………….. …………………………………………………………….. …..………………………

Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu

……………………………………………………………………………………..………… .……………...………….

 Uzyskane specjalizacje podpis