Pieczęć zakładu kierującego dnia……………………

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU MEDYCYNY NUKLEARNEJ**

 **NA LECZENIE ………………………………….**

 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)

Wynik scyntygrafii (z dnia)……………………………………………………...……………………………………………

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

Wyniki innych badań (laboratoryjnych, obrazowych)……………..…………………………………………………………

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

**Aktualnie stosowane leczenie:**

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

**Informacje o uczuleniach:**

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

**Ciąża:**

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

**Proponowany izotop:**

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

**Lekarz kierujący**

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

Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu

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

 Uzyskane specjalizacje podpis

 **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie. Mam możliwość odizolowania się od innych członków rodziny

(osobny pokój) oraz posiadam w domu kanalizację.

………………………………………… ……………………………………………………………

data podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego