

SKIEROWANIE NA TERAPIĘ IZOTOPEM PROMIENIOTWÓRCZYM

Badanie: NFZ płatne

Data wystawienia skierowania

Pieczęć jednostki kierującej (obowiązkowo z numerem umowy z NFZ w przypadku badania na NFZ)

nadczynność tarczycy
zmiany kostne
podanie dostawowe

Rodzaj terapii

DANE PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres

Telefon kontaktowy

Rozpoznanie kliniczne

Kod ICD-10

Alergia tak nie

DOTYCZY KOBIET:

Ciąża tak nie

UWAGA! Prosimy pacjentów oraz ich lekarzy o obowiązkowe dołączenie do skierowania lub przedstawienie przed badaniem istotnych wyników wcześniej przeprowadzonych badań (RTG, TK, MR, USG, poprzednich scyntygrafii, badań laboratoryjnych).

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie.

Mam możliwość odizolowania się od innych członków rodziny (osobny pokój) oraz posiadam w domu kanalizację.

DOTYCZY KOBIET: Oświadczam, że zostałam poinformowana o konieczności stosowania skutecznej antykoncepcji co najmniej przez pół roku od chwili podania dawki terapeutycznej izotopu.

Podpis pacjenta