



**Radomskie
Centrum
Onkologii**

RADOMSKIE CENTRUM ONKOLOGII
ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
Z PRACOWNIĄ PET
ul. Uniwersytecka 6, 26-603 Radom
Rejestracja tel.: 48 377-90-25 ; fax 48 377-90-28

Pieczętka kierującej komórki organizacyjnej

SKIEROWANIE NA BADANIE MR

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA	DATA BADANIA <small>Wypełnia RCO</small>	ID <small>Wypełnia RCO</small>	BADANIE PIERWSZE <input type="checkbox"/>	BADANIE KOLEJNE <input type="checkbox"/>
Nazwisko <input type="text"/>		Telefon kontaktowy <input type="text"/>		
Imię <input type="text"/>		Data urodzenia <input type="text"/>	Oddział NFZ <input type="text"/>	
PESEL <input type="text"/>	Refundacja NFZ <input type="checkbox"/>	Badanie płatne (komercyjne) <input type="checkbox"/>		
Rozpoznanie				ICD 10 <input type="text"/>
Zakres badania				Badanie z kontrastem TAK / NIE <input type="checkbox"/>
				Aktualne wyniki badań Mocznik / Kreatynina <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Wpisać wartości</small>
Cel badania			Pieczętka i podpis lekarza specjalisty	

UWAGA

Wszystkie pola skierowania muszą być wypełnione czytelnie (drukiem). Pozostawienie niewypełnionych pól lub nieprawidłowe wypełnienia danego pola skierowania spowoduje brak możliwości realizacji badania w danym dniu, odesłanie pacjenta celem uzupełnienia lub poprawienia danych i konieczność ponownego ustalenia terminu badania.

WYPEŁNIA ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ	
Data badania	Uwagi
Podpis osoby wykonującej badanie	