

Pieczęć Jednostki Kierującej.....

SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO
 Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 - tel. 32 479 34 61

Nazwisko i imię pacjenta..... Data urodzenia.....

Adres:.....

Nr PESEL..... Ubezpieczony w Oddziale NFZ.

Nazwisko i imię lekarza kierującego.....

Jednostka kierująca.....

Adres (niewymagalny przy czytelnej
pieczęcie).....

Nr identyfikacyjny NFZ..... Data skierowania.....

Rodzaj badania

Nr choroby wg ICD-10

z kontrastem i.v. Tak Nie**1. Co badanie ma wyjaśnić:**

.....

.....

2. Rozpoznanie / dane kliniczne:

.....

.....

3. Istotne wyniki innych badań (ECHO, TK, SPECT, KORONAROGRAFIA):

.....

.....

4. Poziom kreatyniny: / **eGFR:** ml/min/1.73m²**5. Oświadczam, że pacjent posiada następujące znane mi przeciwwskazania do podania i.v. środka kontrastowego zawierającego gadolinium:**

.....

Pacjent został poinformowany przeze mnie o celowości zamierzonego badania i sposobie jego przeprowadzenia oraz wyraził świadomą zgodę na jego wykonanie......
(pieczętka i podpis lekarza kierującego)