

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ



■ Dane Pacjenta

Imię : Data urodzenia :
Gatunek : Płeć :
Rasa : Waga :

■ Dane Opiekuna

Imię : Nazwisko :
Telefon : E-mail :

■ Proszę o wykonanie badania TK

☐ Głowy	☐ Stawu:	☐ Skokowy	☐ Kręgosłupa odcinek:	☐ C1-C5
☐ Szyi		☐ Łokciowy		☐ C6-Th2
☐ Klatki piersiowej		☐ Ramienny		☐ Th3-L3
☐ Jamy brzusznej		☐ Kolanowy		☐ L4-S3
☐ Jamy Miednicznej		☐ Biodrowy		
☐ Inne (wskazać jakie)				

Badanie z kontrastem: ☐ TAK ☐ NIE

■ Rozpoznanie kliniczne

Wywiad/Cel badania :

Dołączone dokumenty : ☐ Morfologia ☐ RTG ☐ Echo serca ☐ Wypis leczenia
☐ Biochemia ☐ USG ☐ Badanie moczu

Choroby przewlekłe/
podawane leki :

Przeciwwskazania do
podania kontrastu :

Przeciwwskazania do
znieczulenia ogólnego :

■ Kontakt do lekarza kierującego

Imię i nazwisko: Numer telefonu: Adres e-mail:

Przychodnia Weterynaryjna Dan-Vet
Ul. Mokra 9, 32-005 Niepołomice
tel. 12 281-02-20
E-mail: przychodnia.danvet@gmail.com

Data, podpis, pieczęć lekarza kierującego