

**ZAKŁAD MEDYCYNY NUKLEARNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO**  
*im. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO*  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100, tel. (0-81) 537-44-71

Jednostka kierująca (pieczętka)	<b>SKIEROWANIE NA BADANIE IZOTOPOWE NEREK</b> <input type="checkbox"/> - RENOSCYNTYGRAFIA <input type="checkbox"/> - RENOSCYNTYGRAFIA PO CAPTOPRILU
---------------------------------	---

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres..... TEL.....

Rozpoznanie kliniczne i kod ICD.....

Krótki wywiad.....

Cel badania.....

Poprzednie badanie izotopowe.....

Waga..... Wzrost..... RR.....

Mocznik..... Kreatynina..... OB.....

Badanie moczu: cięż. gat..... białko..... cukier..... osad.....

Badanie rtg układu moczowego.....

Jedynym przeciwwskazaniem do badania scyntygraficznego jest ciąża i okres karmienia.

Lublin, dnia.....

podpis i pieczętka  
lekarza kierującego

1. Rejestracja pacjentów przez lekarza kierującego- telefonicznie (lub osobiście w Zakładzie)

w godz. 8.00 - 13.00, codziennie.

2. Termin badania uzgodniony z Zakładem: data..... godz.....

3. Wyrażam zgodę na badanie izotopowe nerek.....

(podpis pacjenta)

WYNIKI BADAŃ SĄ WYDAWANE PACJENTOWI LUB OSOBIE POSIADAJĄCEJ PISEMNE UPOWAŻNIENIE.