



Klinika dla Małych Zwierząt
WĄSIATYCZ

KLINIKA DLA MAŁYCH ZWIERZĄT WĄSIATYCZ SP. Z O.O.

61-689 Poznań, ul. Księcia Mieszka I 18
telefon: +48 61 823 09 97 e-mail: recepcja@klinwet.pl
NIP 972 129 62 19 REGON 381780563 KRS 0001090618

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ TK

miejsowość

data

KIERUJĄCY
LEKARZ WETERYNARII *

imię i nazwisko

pieczętka lekarza weterynarii

telefon *

e-mail *

określenie najlepszego czasu i sposobu kontaktu *

DANE PACJENTA (ZWIERZĘCIA) *

DANE OPIEKUNA *

imię

pleć **



imię

i nazwisko

data urodzenia
lub wiek

waga

adres

gatunek

po kastracji
(sterylizacji) **

tak

nie

telefon

rasa

chip/
implanty **

tak

nie

e-mail

WSKAZANIA DO BADANIA NA PODSTAWIE ZAŁĄCZONEJ HISTORII CHOROBY

DOKUMENTACJA MEDYCZNA ISTOTNA DO WYKONANIA BADANIA TK
(załączniki) **

CZY MOŻNA PODAĆ KONTRAST **

morfologia

USG

biochemia krwi

badanie MR

tak

nie

EKG

wcześniejsze badania TK

zdjęcia RTG

inne

ZDIAGNOZOWANE CHOROBY *

AKTUALNIE PODAWANE LEKI *

PRZEBYTE

AKTUALNE

WAŻNE:

NALEŻY WSKAZAĆ SZCZEGÓŁOWY OBSZAR BADANIA TK W ZAKRESIE: **

SZYJA

TARCZYCA

INNE

GŁOWA

OCZODOŁY

PUSZKA BĘBENKOWA

NOS

KLATKA PIERSIOWA

PŁUCA

ŚCIANA KLATKI PIERSIOWEJ

JAMA BRZUSZNA

PRZEGLĄDOWE

INNE

KRĘGOSŁUP

ODCINEK SZYJNY (C1 – Th1)

ODCINEK PIERSIOWY (Th13 – L1)

ODCINEK LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY (Th13 – S3)

UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

ŁOKCIE

INNE

INNE

ZA KAŻDY BADANY OBSZAR (ZAZNACZONY KWADRAT) POBIERANA JEST OSOBNA OPŁATA

CEL BADANIA (CO MA WYJAŚNIĆ)

UWAGA:

WŁAŚCICIEL ZWIERZĘCIA ZOSTAŁ PRZEZE MNIE WYCZERPUJĄCO POINFORMOWANY O ZŁECONYM BADANIU TK,
SPOSÓBIE JEGO WYKONANIA ORAZ O MOGĄCYCH WYSTĄPIĆ POWIKŁANIACH, CELEM SKIEROWANIA JEST
BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA ORAZ WYKONANIE MAKSYMALNIE EFEKTYWNEGO BADANIA

data, podpis i pieczętka kierującego lekarza weterynarii

* POLA OBOWIĄZKOWE

** ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE KWADRATY ZNAKIEM „X”



Klinika dla Małych Zwierząt
WĄSIATYCZ

KLINIKA DLA MAŁYCH ZWIERZĄT WĄSIATYCZ SP. Z O.O.

61-689 Poznań, ul. Księcia Mieszka I 18
telefon: +48 61 823 09 97 e-mail: recepcja@klinwet.pl
NIP 972 129 62 19 REGON 381780563 KRS 0001090618

ZAŁĄCZNIK DO BADANIA TK

miejsowość

data

**KIERUJĄCY
LEKARZ WETERYNARII ***

imię i nazwisko

pieczętka lekarza weterynarii

telefon *

e-mail *

określenie najlepszego czasu i sposobu kontaktu *

DANE PACJENTA (ZWIERZĘCIA) *

DANE OPIEKUNA *

imię

pleć **



imię
i nazwisko

ZDIAGNOZOWANE CHOROBY *

AKTUALNIE PODAWANE LEKI *

PRZEBYTE

AKTUALNE

DODATKOWE UWAGI

data, podpis i pieczętka kierującego lekarza weterynarii

* POLA OBOWIĄZKOWE

** ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE KWADRATY ZNAKIEM „X”