

 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 *		pieczęć lekarza weterynarii					
telefon *				e-mail *			
DANE PACJENTA (ZWIERZĘCIA) *				DANE WŁAŚCICIELA/ OPIEKUNA *			
imię		płeć ** ♀ ☐ ♂ ☐			imię i nazwisko		
data urodzenia lub wiek		waga			adres		
gatunek **	Ca ☐ Fe ☐ inne ☐	po kastracji (sterylizacji) **	tak ☐ nie ☐		telefon		
rasa		chip/ metalowe implanty **	tak ☐ nie ☐		e-mail		
CEL BADANIA / DIAGNOZA / PODEJRZENIE *							
HISTORIA CHOROBY *				AKTUALNIE PODAWANE LEKI *			
ZAŁĄCZONA DOKUMENTACJA MEDYCZNA *							
PROSZĘ O WYKONANIE DODATKOWYCH BADAŃ **							
MORFOLOGIA + BIOCHEMIA KRWI ☐ (wykonana maksymalnie do 7 dni przed badaniem TK)		RTG ☐	USG ☐	HP ☐	INNE		
PROSZĘ O DODATKOWE KONSULTACJE **							
KARDIOLOGICZNA ☐	NEUROLOGICZNA ☐	ORTOPEDYCZNA ☐	INNE				
WAŻNE: SZCZEGÓŁOWY OBSZAR BADANIA TK W ZAKRESIE: **							
GŁOWA ☐	SZYJA ☐	KŁATKA PIERSIOWA ☐		JAMA BRZUSZNA ☐		MIEDNICA ☐	
KRĘGOSŁUP NA ODCINKU: C1 – Th2 ☐		Th3 – L3 ☐	L1 – S3 ☐	C1 – S3 ☐	KOŃCZYNA: PIERSIOWA PRAWA ☐ LEWA ☐		MIEDNICZNA PRAWA ☐ LEWA ☐
INNE							
BADANIE I OPIS W TRYBIE PILNYM: TAK ☐ NIE ☐							

data, podpis i pieczęć kierującego lekarza weterynarii

* pola obowiązkowe

** zaznaczyć właściwe kwadraty znakiem „x”

UWAGA: ZA KAŻDY BADANY OBSZAR, DODATKOWE BADANIE I KONSULTACJE (ZAZNACZONY KWADRAT) **POBIERANA JEST OSOBNA OPŁATA**
 PRZED BADANIEM TK ZWIERZĘ POWINNO BYĆ BEZ POKARMU MINIMUM 12 H, BEZ PICIA 4 H