

**VetMr WETERYNARYJNA PRACOWNIA
REZONANSU MAGNETYCZNEGO
I TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

dr n. wet. Dariusz Niedzielski

tel: +48 71 700 04 73

ul. Krzywoustego 105/22 51-166 Wrocław

repcja@klinikapisaikota.pl



SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

Telefon kontaktowy lekarza kierującego:

.....

Nazwisko i imię właściciela:

.....

Dane zwierzęcia: imię, gatunek, rasa, data urodzenia, płeć, masa ciała:

.....

Aktualnie przyjmowane leki:

.....

Ostatnie znieczulenie pacjenta (data, zastosowane leki, powikłania)

.....

Wywiad, rozpoznanie kliniczne, cel badania:

.....

.....

Rejon badań (proszę zaznaczyć poniżej, jeżeli inny proszę wpisać):

.....

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Klatka piersiowa | ☐ Stawy nadgarstkowe | ☐ Kręgosłup odc. szyjny |
| ☐ Jama brzuszna | ☐ Stawy łokciowe | ☐ Kręgosłup odc. piersiowy |
| | ☐ Stawy ramienne | ☐ Kręgosłup odc. lędźwiowy |
| | ☐ Stawy skokowe | ☐ Kręgosłup odc. krzyżowy |
| | ☐ Stawy kolanowe | |
| | ☐ Stawy biodrowe | |

Proszę o wykonanie opisu badania RTG

TAK ☐

NIE ☐

Prosimy o załączenie do skierowania wyników innych badań (badania krwi).

pieczęć i podpis lekarza kierującego