

Hasta Adı - Soyadı		Gönderen Hekim:
Cinsiyeti:	Boy (cm) - Kilo (kg):	Gönderen Kurum:
Doğum Yılı:	Mesleği:	☐ SGK ☐ Özel ☐ Ücretli

Hekim Notu/Ön Tanı/Epikriz:	İşlem Tarihi : Tanı- ICD10 Kodu: (barkod)
-----------------------------	---

Tıbbi Özgeçmiş/ Görüntüleme ve Laboratuvar Sonuçları:

PROTOKOL	Radyofarmasötik	☐ Tc-99m	DOZ:	Uygulama Zamanı:
	Görüntüleme Protokolü:			

DEĞERLENDİRME	
---------------	--

RF Uygulayan/Enjeksiyon Yapan:
Ad-Soyad / İmza

Çekim Yapan:
Ad-Soyad / İmza