**WYWIAD DO BADANIA** 

**SCYNTYGRAFICZNEGO Z UŻYCIEM SCINTIMUN GRANULOCYTAE**

Uprzejmie prosimy Panią/Pana o podanie poniższych informacji (jeśli one Państwa dotyczą),

które ułatwią nam i przyspieszą opracowanie wyniku badania.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Przebyte zabiegi operacyjne - jakie, kiedy |  |
| Przebyte urazy, stany zapalne stawów i kości – lokalizacja i kiedy   |  |
| Poprzednie badania radioizotopowe - jakie i kiedy |  |
| Obecne dolegliwości ze strony układu ruchu - jakie i od kiedy |  |
|  Zastosowane leczenie :- antybiotyki jakie, okres stosowania,- hiperbaria od kiedy- inne |  |

Data, podpis ………………………………….

Uprzejmie dziękujemy.