**WYWIAD DO BADANIA** 

**SCYNTYGRAFICZNEGO KOŚCI**

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 - okolica operowana, kiedy |  |
| Przebyte urazy w szczególności złamania kości - lokalizacja, kiedy |  |
| Chemioterapia - kiedy |  |
| Radioterapia ( naświetlania ) – okolica ciała, kiedy |  |
| Przebyta terapia radioizotopowa - jaka, kiedy |  |
| Poprzednie badania radioizotopowe - rodzaj badania i kiedy |  |
| Obecne dolegliwości bólowe – lokalizacja, od kiedy |  |

Data, podpis ………………………………….

Uprzejmie dziękujemy.