

---/---/-----
dd mm rrrr
data wystawienia skierowania

pieczętka jednostki kierującej/nr umowy NFZ

SKIEROWANIE

NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

DANE PACJENTA

.....
IMIĘ NAZWISKO

.....
DATA URODZENIA

.....
PESEL

.....
ADRES I TELEFON

.....
UBEZPIECZONY W

Rodzaj badania.....

Rozpoznanie kliniczne oraz kod ICD10..... ICD10

Badania dotychczas wykonane

.....

.....

prosimy o dostarczenie wyników badań łącznie z opisami / klisze, płyty CD

Przeciwwskazania do podania kontrastu (np: niewydolność nerek)

.....

ADRES
DOBRE Zdrowie
Pracownie Diagnostyki Obrazowej
ul. Radomska 70, 27-200 Starachowice
(Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej poziom -1)
tel. 41 273 99 44

Podpis i pieczętka lekarza
z nr prawa wykonywania zawodu