



SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

(zakres badania, okolica anatomiczna)

Imię i nazwisko pacjenta		Data wystawienia										
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											Telefon
Adres												
Rozpoznanie kliniczne												
KOD ICD10												
Cel badania												
Rodzaj badania	Pilne Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Z kontrastem Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>										

Dotychczas wykonane badania obrazowe (dotyczy badanej okolicy/schorzenia)				
USG	TK	MR	Scyntygrafia	PET
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:

Ośrodek kierujący pieczęć czytelna	Lekarz kierujący Pieczętka i podpis lekarza specjalisty	Telefon kontaktowy lekarza kierującego
--	---	--