

.....
Pieczętka jednostki kierującej

.....
Miejscowość i data

SKIEROWANIE NA BADANIE SCYNTYGRAFICZNE

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj badania:

ROZPOZNANIE (kod ICD 10):

Cel wykonania badania:

Wyniki dodatkowych badań:

USG:

.....

.....

Inne (KT, MRI, RTG):

.....

.....

.....

Stosowane leczenie:

Data implantacji endoprotezy:

**PROSIMY O DOŁĄCZENIE KOPII KART INFORMACYJNYCH HOSPITALIZACJI
ORAZ OPISÓW I ZDJĘĆ WYKONANYCH BADAŃ OBRAZOWYCH.**

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego