

.....  
Pieczętka jednostki kierującej

.....  
Miejscowość i data

## SKIEROWANIE NA LECZENIE IZOTOPOWE

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres: .....

PESEL:

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

ROZPOZNANIE (kod ICD 10): .....

Cel wykonania badania: .....

Wyniki dodatkowych badań:

USG: .....

.....  
.....

Inne (KT, MRI, RTG):

.....  
.....  
.....

Stosowane leczenie: .....

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

.....  
Podpis i pieczętka lekarza kierującego