



Pracownia Rezonansu
Magnetycznego

Elbląski Szpital Specjalistyczny z
Przychodnią w Elblągu
ul. J. A. Komeńskiego 35

Tel. 55 239 45 78
rejestracja@mrdiagnostic.pl

ANKIETA DOTYCZĄCA BADAŃ ORTOPEDYCZNYCH

SZANOWNI PAŃSTWO,

Uprzejmie prosimy o dokładny i szczegółowy opis dolegliwości płynących ze wskazanej na skierowaniu okolicy anatomicznej.

Jeśli w przeszłości nastąpił uraz badanego stawu, prosimy o opisanie charakteru urazu. Informacje te pomocne będą lekarzowi radiologowi podczas opisu Państwa badania.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

OPIS DOLEGLIWOŚCI: