

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

<i>Numer identyfikacyjny umowy lub świadczeniodawcy</i>

- - ____ - ____ - ____ <i>Data wystawienia skierowania</i>

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI:

<i>Imię i nazwisko pacjenta:</i>										
<i>PESEL pacjenta:</i>										
<i>Adres Pacjenta</i>										
<i>Nr. tel. pacjenta</i>										
<i>Rodzaj badania:</i>										
<i>Rozpoznanie:</i>										
										KOD ICD-10:

--

Pieczęć, podpis i nr tel. lekarza kierującego