



SKIEROWANIE NA BADANIE W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

<p><i>Numer identyfikacyjny umowy lub świadczeniodawcy</i></p>	<p>_____ - _____ - _____</p>
--	------------------------------

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

PESEL:

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

ADRES PACJENTA:

NUMER TELEFONU PACJENTA:

RODZAJ BADANIA:

ROZPOZNANIE:

<p style="text-align: right;">KOD ICD-10:</p>
--

.....
Pieczęć, podpis i nr tel. lekarza kierującego