

Skierowanie

Pieczęć jednostki kierującej z nr. umowy z NFZ

www.zagrodzka.edu.pl

+48 510 085 889

RODZAJ BADANIA

Tomografia komputerowa

Rezonans magnetyczny

DANE PACJENTA

Imię

Nazwisko

PESEL

Tel. kontaktowy

CO BADANIE MA WYJAŚNIĆ:

CZY PACJENT MA PRZECIWWSKAZANIA DO BETALOCU?

(wypełnić, jeśli ma być wykonane TK lub MRI serca)

tak

nie

nie wiem

Podpis i pieczęć lekarza z nr. PZW