………………………………... .........................., dn. ............................

pieczątka jednostki kierującej

numer identyfikacyjny (UMOWA) świadczeniodawcy

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SKIEROWANIE DO PRACOWNI****TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ / REZONANSU MAGNETYCZNEGO****Przychodnia Specjalistyczna – Centrum Diagnostyczne ZOZ NR 2 w Rzeszowie****35-005 Rzeszów, ul Fredry 9, tel. (017) 853 90 41** |

Badanie …………………………………………………………………………………………………………………………….………

(rodzaj, okolica ciała)

Pacjent ……………………………………………………………………………………………………………………………...………

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………………………… …………………………………

(adres) telefon

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Rozpoznanie ………………………………………………………………………………………………………………………..………

………………………………………………………………………………………………….....… KOD ICD 10 ⁭⁭⁭.⁭⁭

Cel badania (uzasadnienie) ……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………........………………………

Wyniki dotychczasowych badań obrazowych (RTG, USG, TK, MR, badania izotopowe):

Wraz z skierowaniem należy dostarczyć dostępną dokumentację obrazową …………………………………………...........

……………………………………………………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………………………….

 **…………………………………………………………**

 *Podpis i pieczątka lekarza kierującego*

***Uwagi pracowni diagnostycznej:***

Data zgłoszenia pacjenta ze skierowaniem …………………

Data badania …………………………………………………

………………….....................………………

Czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej