

.....  
 Pieczęćka instytucji kierującej wraz z kodami resortowymi

.....  
 Miejscowość, data

**Pan/i:** ..... **Płeć:** M/K  
 imię i nazwisko

**PESEL:** .....

**Adres:** .....

.....

**Tel. kontaktowy:** .....

## SKIEROWANIE Do Pracowni RTG

Proszę o wykonanie RTG .....  
 ..... z opisem

Rozpoznanie kliniczne: .....

ICD 10: .....

Dane kliniczne, co badanie ma wyjaśnić: .....

NR BADANIA	WAGA	KONTRAST	ILOŚĆ	OSOBA WYKONUJĄCA	OSOBA NADZORUJĄCA	PIELĘGNIARKA	BADANIA DODATKOWE

.....  
 pieczęć i podpis lekarza kierującego

**UWAGA:**  
 Skierowanie winno być wypełnione czytelnie i dokładnie, złożone w Pracowni RTG najpóźniej do godz. 12.00 dnia poprzedniego.