

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
 kod, nazwa komórki organizacyjnej
 numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

....., dnia.....20.....r.

SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Proszę o wykonanie badania.....
(rodzaj badania)

u Pana (i) , lat.....

Adres

PESEL telefon kontaktowy

Rozpoznanie
(w języku polskim)

..... ICD10

Cel badania (uzasadnienie)

Badania dotychczas wykonane

NR BADANIA	WAGA	KONTRAST	ILOŚĆ	POZIOM KREATYNINY	OSOBA WYKONUJĄCA	OSOBA NADZORUJĄCA	PIELĘGNIARKA

.....
 podpis i pieczęć lekarza kierującego