

BADANIE WYKONAŁ (czytelny podpis tech. RTG):

UWAGI WYKONUJĄCEGO BADANIE:

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NU-MED Grupa S.A.
Pracownia Rezonansu Magnetycznego
82-300 Elbląg, ul. Królewiecka 146
NIP 741-19-06-987
REGON 519455718
☎ 55 239 58 55 ☎ 55 236 81 82

NAZWA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/SYGNATURA UMOWY Z NFZ:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:

PESEL:

TELEFON:

ADRES (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miasto):

WAGA CIAŁA:

PROSZĘ O BADANIE:

ROZPOZNANIE KLINICZNE:

KOD ICD 10:

CEL BADANIA:

BADANIA DOTYCHCZAS WYKONANE:

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa (RTG, USG, MR, TK))

WYWIAD ALERGICZNY - UCZULENIA

- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ DO DOŻYLNIEGO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO
- PRZECIWWSKAZANIA DO DOŻYLNIEGO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

POZIOM KREATYNYNY:

PIECZĘĆ, PODPIS,
NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO:**UWAGI PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ**

Wyznaczony termin badania:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:

Czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej:

