



.....,dnia.....200....

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

NZoz Konsylium dr n. med. Jerzy Garcarek spółka jawna

www.tomograf.com.pl

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

al. Wiśniowa 36 (Szpital Kolejowy)

tel.: 071 316 31 71

071 333 91 01

REZONANS MAGNETYCZNY

ul. Legnicka 40 (Dolmed)

tel.: 071 333 80 24

071 355 53 75

Proszę o badanie.....
(rodzaj badania)

u Pana (i)

Adres.....

Pesel.....

Rozpoznanie.....

Cel badania (uzasadnienie).....

.....

.....

Badania dotychczas wykonane

.....

.....
(czytelny podpis i pieczęć lekarza)

Wyznaczony termin badania

Uwagi

.....