

data _____

(pieczęćka jednostki kierującej)

SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie

Imię i nazwisko _____

PESEL

DATA URODZENIA

K M *

Miejsce zamieszkania _____

Rodzaj badania _____

Cel i uzasadnienie badania _____

Rozpoznanie _____

(pieczęćka i podpis lekarza kierującego)

UWAGA! Na badanie proszę zgłosić się z poprzednimi wynikami rtg.

* Właściwe zakreślić.