Dnia ………………………………………..

…………………………………………………

Pieczątka jednostki kierującej

**SKIEROWANIE NA BADANIE RTG**

do Pracowni Diagnostyki Obrazowej SP ZOZ MSW w Koszalinie

Pani/Pan ………………………………………………………………………………. PESEL……………………….

Adres zamieszkania pacjenta ………………………………………………………………………………………….

Rodzaj badania ………………………………………………………………………………………………………….

Cel, uzasadnienie, co badanie ma wyjaśnić …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Dotychczasowy przebieg choroby …………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

(dane z wywiadu i badania przedmiotowego, u pacjentów po urazach należy dokładnie wskazać okolicę i mechanizm oraz czas urazu)

…………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza kierującego