



Szpital im. Ryszarda Rzepki
w Sulechowie sp. z o.o.
ul. Zwycięstwa 1,
66 – 100 Sulechów

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
tel. 797 606 213
fax: 68 385 22 19

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....
(nazwa pracowni)

Proszę o badanie
(rodzaj badania)

u Pana(i) data urodzenia
(imię i nazwisko pacjenta)

Oznaczenie płci

Adres zamieszkania

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefon

Rozpoznanie
..... kod(ICD10)

Cel badania (uzasadnienie)
.....

Badania dotychczas wykonane:
.....
.....

.....
dane kierującego: nazwisko i imię, tytuł zawodowy,
uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu,
podpis

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Wyznaczony termin badania