



**SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

**DO 1**

Pieczętka zakładu kierującego

**Imię i nazwisko** ..... **data urodzenia** .....

PESEL:

**Adres zamieszkania** .....

**Nr telefonu do Pacjenta** .....

**Adres E-mail** .....

**Rodzaj badania i zakres (okolica anatomiczna)**

**Rozpoznanie**.....

**Kod ICD** .....

**Cel badania** .....

**Nr Księgi Głównej w przypadku pacjentów szpitalnych** .....

**Masa ciała (w kg)** ..... **Wzrost (w cm)** .....

**PACJENCI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA ZGŁASZAJĄ SIĘ NA BADANIE Z RODZICEM LUB  
PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM**

**PROSIMY O DOSTARCZENIE NA BADANIE DOTYCHCZASOWEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
(wyniki badań, zdjęcia RTG, TK, MR, USG itp.- dokumentacja obrazowa wraz z opisem badania.)**

**Poznań dnia,** .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza kierującego)

**Ustalony termin badania: Data** ....., **godzina** .....