

## SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Miejscowość : .....

Data skierowania : .....

### DANE OSOBOWE :

Nazwisko i Imię pacjenta : ..... Data urodzenia : .....

PESEL : .....

Adres : .....

Telefon : ..... Waga : .....

### DANE ZLECENIODAWCY :

Jednostka kierująca : .....

Lekarz kierujący : .....

### DANE MEDYCZNE :

#### Rodzaj badania MR:

- Głowa  Przysadka  Oczodoły  Szyja  Staw kolanowy  
 Kręgosłup C  Kręgosłup TH  Kręgosłup L-S  Jama brzuszna  
 Miednica mała  Inne.....

Rozpoznanie kliniczne: .....

Cel badania: .....

Krótki wywiad: .....

Kod ICD10 (kod choroby): .....

Wyniki badań  
dodatkowych : .....

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa)

**UWAGA: wszystkie pola skierowania muszą być wypełnione czytelnie (drukowanymi literami). Pozostawienie niewypełnionych pól lub nieprawidłowe wypełnienie danego pola skierowania spowoduje brak możliwości realizacji badania w danym dniu, odesłanie pacjenta celem uzupełnienia lub poprawienia danych i konieczność ponownego ustalenia terminu badania.**

Pieczęć ośrodka kierującego

Pieczętka i podpis lekarza kierującego