



UMOWA 19-23/WO346/ASDK

Pracownia rezonansu magnetycznego

w szpitalu w Lipnie

ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno

Tel. 782 376 128

rejestracja@rezonanslipno.pl

**SKIEROWANIE NA BADANIE
REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

Numer identyfikacyjny umowy lub świadczeniodawcy

data wystawienia

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI:

imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

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

Adres pacjenta:

nr tel. pacjenta

Rodzaj badania:

	KONTRAST	TAK	NIE

Rozpoznanie:

KOD ICD-10

--

pieczęć i podpis lekarza kierującego