

(jednostka kierująca)

....., dnia ..... 20..... r.

## Skierowanie do badania radiologicznego\*)

PESEL [.....]

Pani/Pan .....

Rodzaj badania .....

Wywiad, rozpoznanie, co badanie ma wyjaśnić .....

Badanie pierwsze  
następne

Wykonane zdjęcia**)		
format filmu	ilość zdjęć	podpis lekarza

\*) wypełnia lekarz kierujący bez kopii

\*\*) wypchnie laboranta

Centrum Druku  ul. Warszawa 49D, 12-200 Warszawa, tel. 505 094 583, 67 42 50 360, fax 67 42 40 997, [centrumdruku@post.pl](mailto:centrumdruku@post.pl) 15.04.2024

(podpis i pieczęć lek. kierującego)

(pieczęć zakładu Rtg)

PESEL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ r.

Pani/Pan

lat

nr badania

# WYNIK BADANIA RADIOLOGICZNEGO

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć lekarza Rtg)