

Pracownia MR
Ul. Długa 1/2,
61-84 Poznań
tel. 618549537
www.skpp.edu.pl
e-mail: rezonans@skpp.edu.pl



**Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego**
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Pieczątka jednostki kierującej

SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Data wystawienia skierowania:.....

Imię i nazwisko: PESEL:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Województwo:..... Miejscowość:..... Kod:.....-

Ulica:..... Nr domu/mieszkania..... Tel:.....

Waga:.....kg Wzrost:.....cm Poziom kreatyniny:.....

Tryb badania: Normalne Pilne Badanie: Pierwsze Kolejne

ROZPOZNANIE:.....

.....

CEL BADANIA (co badanie ma wyjaśnić?):.....

.....

.....

.....

Pieczątka lekarza kierującej

Termin badania:.....