



radoMed – Centrum Diagnostyczne Sp. z o.o.
48-300 Nysa, ul. Św. Piotra 1. Tel./fax: 77 409 17 85, rezonans@radomed.pl, www.radomed.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE MR

Proszę o badanie MR (rodzaj, odcinek ciała) _____

Pacjent _____ PESEL _____

Wzrost

Waga

Wiek

Kreatynina

Adres zamieszkania _____

Rozpoznanie kliniczne _____

Dane ogólne: pacjent chodzący / leżący w stanie ogólnym _____

Wywiad, wyniki badań klinicznych i konsultacji, podstawowe dolegliwości, przebyte choroby, zabiegi operacyjne itp.

Wyniki poprzedzających badań (RTG, TK, USG, izotopowych) w załączeniu do skierowania:

Co badanie ma wyjaśnić? _____