

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	F-SZ.OBR 2-08	Wydanie 1/2025-08-21
Skierowanie do Pracowni Rezonansu Magnetycznego		

pieczęć jednostki kierującej

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

Pracownia Rezonansu Magnetycznego Serca i Naczyń
I Kliniki Kardiologii UM

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 459 59 59 99, e-mail: rezonans@usk.poznan.pl

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

PROSZĘ O BADANIE:.....

ROZPOZNANIE:.....

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

pieczęć i podpis lekarza

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	F-SZ.OBR 2-08	Wydanie 1/2025-08-21
Skierowanie do Pracowni Rezonansu Magnetycznego		

Termin badania:.....