

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F15 - PMN	Wydanie 4/2025-03-10
Tytuł: SKIEROWANIE DO PRACOWNI MEDYCYNY NUKLEARNEJ		

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej,
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

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

Proszę o wykonanie badania scyntygraficznego:

Pani (Pana)

.....lat.....

Adres

.....

PESEL

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

Rozpoznanie

.....

(w języku polskim)

.....kod (ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie).

.....

.....

Badania dotychczas

wykonane:.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)

Uwagi PMN:

Data zgłoszenia pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej

porady.....

OŚWIADCZENIE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

Oświadczamy, że w przypadku rezygnacji z badania, zgłosimy ten fakt minimum **7 dni** przed wyznaczonym terminem badania. W razie nie dotrzymania ww. terminu zobowiązujemy się pokryć równowartość kosztów badania.

.....
(data i podpis pracownika reprezentującego
jednostkę kierującą)