НАПРАВЛЕНИЕ

на рентгенологическое исследование

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения: «___» _____ ____ г.

Наименование и адрес (в соответствии с Уставом) медицинской организации, выдавшей направление: _____

Медицинская карта амбулаторного пациента № _____

Диагноз основного заболевания с кодом МКБ-10: _____

Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов исследований, описание медицинских вмешательств (манипуляций, операций) (при необходимости):

_____

Ограничения к проведению рентгенологического исследования (при наличии):

_____

Первичное/Повторное исследование

Анатомическая область и (или) орган (органы), подлежащие обследованию:

_____

Вид необходимого рентгенологического исследования:

_____

Цель назначенного рентгенологического исследования:

_____

Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача:

_____

Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для проведения рентгенологического исследования: Южно-Сахалинск ЗТЛ

Контактный телефон, адрес электронной почты лечащего врача (клиники) проводящего рентгенологическое исследование:

_____

Дата Выдачи: «_____» _____202___г. Подпись Врача _____

М.П.