****

**SKIEROWANIE NA BADANIE USG**

*Pieczątka jednostki kierującej ………….*………….dnia…………

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: PESEL:

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

Adres zamieszkania :…………………………………………………………

|  |
| --- |
| Telefon kontaktowy : .………………………  |
|  |

Proszę o wykonanie badania USG…………………………………………………

 */ rodzaj badania /*

Rozpoznanie /kliniczne……………………………………………………………

Kod choroby (ICD 10)………….

Cel badania:………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ***Podpis i pieczątka lekarza kierującego***