

# NZOZ TOMOGRAF

SPECJALISTYCZNY  
SZPITAL MIEJSKI  
87-100 Toruń  
ul. Batorego 17/19

NZOZ RODZINA  
88-100 Inowrocław  
ul. 59 Pułku  
Piechoty 6

Pieczczę jednostki kierującej  
Nazwa podmiotu, adres, kody resortowe (część I, V, VII)

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

## SKIEROWANIE DO PRACOWNI

- SPIRALNEJ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ  
 PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO

(zaznaczyć właściwy kwadrat)

Proszę o badanie .....  
(rodzaj badania)

u Pana(i) ....., lat.....

Adres .....

PESEL ....., telefon .....tel. kom. ....

Rozpoznanie .....  
(w języku polskim)

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

Cel badania (uzasadnienie) .....

Badania dotychczas wykonane .....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

### *Uwagi pracowni diagnostycznej:*

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Wyznaczony termin badania .....

.....  
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej

### REJESTRACJA

Pełen zakres badań KT szesnastorzędowym aparatem spiralnym  
Pełen zakres badań w 1,5T rezonansie magnetycznym

**TORUŃ**  
(56) 61 00 382  
(56) 61 00 383

**INOWROCŁAW**  
(52) 52 39 880  
535 375 161  
601 626 366