

5-003

.....  
Jednostka kierująca

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

# SKIEROWANIE DO BADANIA RADIOLOGICZNEGO\*)

Ob.....  
Rodzaj badania.....  
Wywiad, rozpoznanie, co badanie ma wyjaśnić.....  
.....  
.....  
.....

Badanie pierwsze/następne

Wykonane zdjęcia**)		
Format filmu	Ilość zdjęć	Podpis lekarza

\*) wypełnia lekarz kierujący bez kopii  
\*\*) wypełnia laborantka

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

**UWAGA! Badanie do wykonania tylko w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu**  
L/091/A

....., dnia ..... 20 ..... r.  
Pieczęć zakładu

Pan(i) ..... lat ..... nr bad. ....

## WYNIK BADANIA RADIOLOGICZNEGO\*)

.....

.....

.....

.....