

Data

SKIEROWANIE NA BADANIE MAMMOGRAFICZNE

Nazwisko i imię

PESEL

Cel / uzasadnienie badania (właściwe zakreślić)

1. Profilaktyka
 badanie pierwsze kolejne (które)

2. Diagnostyczne

Wstępne rozpoznanie kliniczne

3. Informacje niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia procedury medycznej:

• Projekcje:

podstawowe (MLO i CC)

dodatkowe (celowane)

Pieczęć i podpis lekarza

Pracownia mammograficzna

Data

SKIEROWANIE NA BADANIE MAMMOGRAFICZNE

Nazwisko i imię

PESEL

Cel / uzasadnienie badania (właściwe zakreślić)

4. Profilaktyka
 badanie pierwsze kolejne (które)

5. Diagnostyczne

Wstępne rozpoznanie kliniczne

6. Informacje niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia procedury medycznej:

• Projekcje:

podstawowe (MLO i CC)

dodatkowe (celowane)

Pieczęć i podpis lekarza

Pracownia mammograficzna