



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY  
ul. Włajka 9, 87-800 Brodnica  
tel. 56 66 89 240 e-mail: rpg@zozbrodnica.pl

pieczęćka jednostki

## SKIEROWANIE NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE

☐ MAMMOGRAFIA ☐ INNE .....

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku PESEL) .....

Rozpoznanie ..... Kod ICD-10 .....

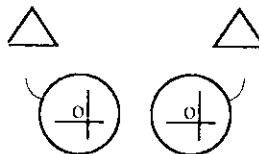
Określenie problemu klinicznego .....

Wycinek .....

Blizny .....

Guzki .....

Węzły chłonne .....



Brodnica, dnia .....

.....  
pieczęćka, podpis lekarza

Termin badania ..... Uwagi pracowni .....

.....  
podpis pacjenta / opiekuna / przedstawiciela ustawowego

Godziny funkcjonowania pracowni RTG: poniedziałek - piątek: 08.00-20.00, sob. 08.00-14.00

Godziny funkcjonowania pracowni USG: środa - czwartek: od 15.15 (konieczna rejestracja telefoniczna, do godz. 18.00, nr tel. 56 66 89 240)

Koszt badania wykonanego w innej pracowni ponosi pacjent.