

НАПРАВЛЕНИЕ

на рентгенологическое исследование

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения: « ____ » _____ г.

Наименование и адрес (в соответствии с Уставом) медицинской организации, выдавшей направление:

Медицинская карта амбулаторного пациента № _____

Диагноз основного заболевания с кодом МКБ-10: _____

Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов исследований, описание медицинских вмешательств (манипуляций, операций) (при необходимости):

Ограничения к проведению рентгенологического исследования (при наличии):

Первичное/Повторное исследование

Анатомическая область и (или) орган (органы), подлежащие обследованию:

Вид необходимого рентгенологического исследования:

Цель назначенного рентгенологического исследования:

Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача:

Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для проведения рентгенологического исследования: ООО ДенталАльянс Москва Чуксин Тупик 9 офис 209

Контактный телефон, адрес электронной почты лечащего врача (клиники) проводящего рентгенологическое исследование:

Дата Выдачи: « ____ » _____ 202__ г.

Подпись Врача _____

М.П.