

## СКЕРУВАННЯ на

МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

☒: Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)  
ТОВ «АБСолют МЕД» [www.kt.lviv.ua](http://www.kt.lviv.ua)

МСКТ

(098) **107-05-05**  
(063) **107-05-05**  
(099) **321-20-02**ДАТА обстеження «  » 201\_р.  год    хв  
дата обстеження ← ЗАПОВНЯТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження

П. І. Б. СКЕРОВАНОГО на МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

**1**

ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

контрастне підсилення **ТАК НІ** інтерактивне 3D! **ТАК НІ**  
помітити необхідне або закреслити зайве помітити необхідне або закреслити зайве(для контрастування) показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА  
для обстежень з довгим контрастним підсиленням необхідно зазначити ці показникилікар \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_  
підписмедустанова \_\_\_\_\_ дата скерування «  » 201\_р.  
дата скерування

контактні дані лікаря для зворотного зв'язку (моб.або роб.телефон) \_\_\_\_\_

*(будь ласка, попередьте нас заздалегідь,  
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)*

## СКЕРУВАННЯ на

МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

☒: Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)  
ТОВ «АБСолют МЕД» [www.kt.lviv.ua](http://www.kt.lviv.ua)

МСКТ

(098) **107-05-05**  
(063) **107-05-05**  
(099) **321-20-02**ДАТА обстеження «  » 201\_р.  год    хв  
дата обстеження ← ЗАПОВНЯТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження

П. І. Б. СКЕРОВАНОГО на МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

**1**

ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

контрастне підсилення **ТАК НІ** інтерактивне 3D! **ТАК НІ**  
помітити необхідне або закреслити зайве помітити необхідне або закреслити зайве(для контрастування) показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА  
для обстежень з довгим контрастним підсиленням необхідно зазначити ці показникилікар \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_  
підписмедустанова \_\_\_\_\_ дата скерування «  » 201\_р.  
дата скерування

контактні дані лікаря для зворотного зв'язку (моб.або роб.телефон) \_\_\_\_\_

*(будь ласка, попередьте нас заздалегідь,  
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)*

## СКЕРУВАННЯ на

МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

☒: Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)  
ТОВ «АБСолют МЕД» [www.kt.lviv.ua](http://www.kt.lviv.ua)

МСКТ

(098) **107-05-05**  
(063) **107-05-05**  
(099) **321-20-02**ДАТА обстеження «  » 201\_р.  год    хв  
дата обстеження ← ЗАПОВНЯТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження

П. І. Б. СКЕРОВАНОГО на МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

**1**

ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

контрастне підсилення **ТАК НІ** інтерактивне 3D! **ТАК НІ**  
помітити необхідне або закреслити зайве помітити необхідне або закреслити зайве(для контрастування) показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА  
для обстежень з довгим контрастним підсиленням необхідно зазначити ці показникилікар \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_  
підписмедустанова \_\_\_\_\_ дата скерування «  » 201\_р.  
дата скерування

контактні дані лікаря для зворотного зв'язку (моб.або роб.телефон) \_\_\_\_\_

*(будь ласка, попередьте нас заздалегідь,  
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)*

## СКЕРУВАННЯ на

МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

☒: Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)  
ТОВ «АБСолют МЕД» [www.kt.lviv.ua](http://www.kt.lviv.ua)

МСКТ

(098) **107-05-05**  
(063) **107-05-05**  
(099) **321-20-02**ДАТА обстеження «  » 201\_р.  год    хв  
дата обстеження ← ЗАПОВНЯТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження

П. І. Б. СКЕРОВАНОГО на МУЛЬТИСПРАЛЬНУ КОМП'ЮТЕРНУ ТОМОГРАФІЮ

**1**

ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

контрастне підсилення **ТАК НІ** інтерактивне 3D! **ТАК НІ**  
помітити необхідне або закреслити зайве помітити необхідне або закреслити зайве(для контрастування) показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА  
для обстежень з довгим контрастним підсиленням необхідно зазначити ці показникилікар \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_  
підписмедустанова \_\_\_\_\_ дата скерування «  » 201\_р.  
дата скерування

контактні дані лікаря для зворотного зв'язку (моб.або роб.телефон) \_\_\_\_\_

*(будь ласка, попередьте нас заздалегідь,  
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)*