

СКЕРУВАННЯ на
МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

ABSolut MED - Real World Imaging Solutions

www.mrt.lviv.ua

☒: ТОВ «АБСолют МЕД»

Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)

телефони для довідок та попереднього запису

(096) **501-08-08**

(073) **501-08-08**

(050) **501-08-08**

MRT

ДАТА обстеження «__» _____ 201_ р. _____ год _____ хв
дата обстеження ← ЗАПОВНЮВАТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження



П.І.Б. СКЕРОВАНОГО на МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

_____/_____/_____
ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

лікар _____ М.П. _____ підпис

медустанова _____ дата скерування «__» _____ 201_ р.
дата скерування

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

**(будь ласка, попередьте нас завчасно, хоча б за добу,
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)**

СКЕРУВАННЯ на
МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

ABSolut MED - Real World Imaging Solutions

www.mrt.lviv.ua

☒: ТОВ «АБСолют МЕД»

Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)

телефони для довідок та попереднього запису

(096) **501-08-08**

(073) **501-08-08**

(050) **501-08-08**

MRT

ДАТА обстеження «__» _____ 201_ р. _____ год _____ хв
дата обстеження ← ЗАПОВНЮВАТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження



П.І.Б. СКЕРОВАНОГО на МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

_____/_____/_____
ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

лікар _____ М.П. _____ підпис

медустанова _____ дата скерування «__» _____ 201_ р.
дата скерування

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

**(будь ласка, попередьте нас завчасно, хоча б за добу,
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)**

СКЕРУВАННЯ на
МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

ABSolut MED - Real World Imaging Solutions

www.mrt.lviv.ua

☒: ТОВ «АБСолют МЕД»

Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)

телефони для довідок та попереднього запису

(096) **501-08-08**

(073) **501-08-08**

(050) **501-08-08**

MRT

ДАТА обстеження «__» _____ 201_ р. _____ год _____ хв
дата обстеження ← ЗАПОВНЮВАТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження



П.І.Б. СКЕРОВАНОГО на МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

_____/_____/_____
ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

лікар _____ М.П. _____ підпис

медустанова _____ дата скерування «__» _____ 201_ р.
дата скерування

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

**(будь ласка, попередьте нас завчасно, хоча б за добу,
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)**

СКЕРУВАННЯ на
МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

ABSolut MED - Real World Imaging Solutions

www.mrt.lviv.ua

☒: ТОВ «АБСолют МЕД»

Львівська обласна клінічна лікарня, вул.Некрасова, 6 (неврологічний корпус)

телефони для довідок та попереднього запису

(096) **501-08-08**

(073) **501-08-08**

(050) **501-08-08**

MRT

ДАТА обстеження «__» _____ 201_ р. _____ год _____ хв
дата обстеження ← ЗАПОВНЮВАТИ ЛИШЕ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО УЗГОДЖЕННЯ → час обстеження



П.І.Б. СКЕРОВАНОГО на МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНУ ТОМОГРАФІЮ

_____/_____/_____
ДАТА НАРОДЖЕННЯ або ВІК



ДІАГНОЗ при скеруванні



регіон обстеження (анатомічно)

або завдання

лікар _____ М.П. _____ підпис

медустанова _____ дата скерування «__» _____ 201_ р.
дата скерування

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

**(будь ласка, попередьте нас завчасно, хоча б за добу,
якщо Ви не зможете з'явитись у призначений час)**