

✉: м.Львів, Університетська лікарня ЛНМУ, ДАТА обстеження «__»__20__ р
вул.Юрія Руфа, 6 (НЕВРОЛОГІЧНИЙ КОРПУС) 🕒 ____ГОД ____ХВ

« А Б С о л ю т М Е Д »

ABSolut MED - Real World Imaging Solutions

www.absolutmed.lviv.ua

С К Е Р У В А Н Н Я

e_mail: info@absolutmed.lviv.ua

МСКТ

ТЕЛЕФОНИ на КТ :

- (098) 107-05-05
- (063) 107-05-05
- (099) 321-20-02

ПОЗНАЧИТИ

МРТ

ТЕЛЕФОНИ на МРТ :

- (096) 501-08-08
- (073) 501-08-08
- (050) 501-08-08

ПОЗНАЧИТИ

МУЛЬТИ СПРАЛЬНА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ

МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ

👤 (П.І.Б.) _____

П. І. Б. СКЕРОВАНОГО на ТОМОГРАФІЮ

🏥 (ДІАГНОЗ) _____

попередній ДІАГНОЗ при скеруванні

🔄 (ЗАВДАННЯ) _____

регіон обстеження (анатомічно) або завдання

контрастне підсилення **ТАК / НІ**
 помітити необхідне або закреслити зайве

показники: **КРЕАТИНІН** _____ **СЕЧОВИНА** _____
 для обстежень з довшим контрастним підсиленням необхідно зазначити ці показники

інтерактивне 3D! **ТАК / НІ**
 помітити необхідне або закреслити зайве

лікар _____ М.П. _____ медустанова _____ дата скерування «__»__20__ р.
 підпис _____ дата скерування

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

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