

✉: м.Львів, Університетська лікарня ЛНМУ ДАТА обстеження «\_»\_20\_\_р  
вул.Юрія Руфа, 6 (НЕВРОЛОГ.КОРПУС) \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ хв

«АБСОЛЮТМЕД»

www.absolutmed.lviv.ua

СКЕРУВАННЯ

e\_mail: info@absolutmed.lviv.ua

**МСКТ**

ТЕЛЕФОНИ на КТ:  
(098) 107-05-05  
(063) 107-05-05  
(099) 321-20-02

**МРТ**

ТЕЛЕФОНИ на МРТ:  
(096) 501-08-08  
(073) 501-08-08  
(050) 501-08-08

позначити

позначити

МУЛЬТИ СПІРАЛЬНА 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** ⇌ **показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА** інтерактивне 3D! **ТАК / НІ**  
попитати необхідне або закреслити зайве для обстежень з дозованим контрастом підсиленням необхідно зазначити ці показники попитати 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)

✉: м.Львів, Університетська лікарня ЛНМУ ДАТА обстеження «\_»\_20\_\_р  
вул.Юрія Руфа, 6 (НЕВРОЛОГ.КОРПУС) \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ хв

«АБСОЛЮТМЕД»

www.absolutmed.lviv.ua

СКЕРУВАННЯ

e\_mail: info@absolutmed.lviv.ua

**МСКТ**

ТЕЛЕФОНИ на КТ:  
(098) 107-05-05  
(063) 107-05-05  
(099) 321-20-02

**МРТ**

ТЕЛЕФОНИ на МРТ:  
(096) 501-08-08  
(073) 501-08-08  
(050) 501-08-08

позначити

позначити

МУЛЬТИ СПІРАЛЬНА 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** ⇌ **показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА** інтерактивне 3D! **ТАК / НІ**  
попитати необхідне або закреслити зайве для обстежень з дозованим контрастом підсиленням необхідно зазначити ці показники попитати 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)

✉: м.Львів, Університетська лікарня ЛНМУ ДАТА обстеження «\_»\_20\_\_р  
вул.Юрія Руфа, 6 (НЕВРОЛОГ.КОРПУС) \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ хв

«АБСОЛЮТМЕД»

www.absolutmed.lviv.ua

СКЕРУВАННЯ

e\_mail: info@absolutmed.lviv.ua

**МСКТ**

ТЕЛЕФОНИ на КТ:  
(098) 107-05-05  
(063) 107-05-05  
(099) 321-20-02

**МРТ**

ТЕЛЕФОНИ на МРТ:  
(096) 501-08-08  
(073) 501-08-08  
(050) 501-08-08

позначити

позначити

МУЛЬТИ СПІРАЛЬНА 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** ⇌ **показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА** інтерактивне 3D! **ТАК / НІ**  
попитати необхідне або закреслити зайве для обстежень з дозованим контрастом підсиленням необхідно зазначити ці показники попитати 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)

✉: м.Львів, Університетська лікарня ЛНМУ ДАТА обстеження «\_»\_20\_\_р  
вул.Юрія Руфа, 6 (НЕВРОЛОГ.КОРПУС) \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ хв

«АБСОЛЮТМЕД»

www.absolutmed.lviv.ua

СКЕРУВАННЯ

e\_mail: info@absolutmed.lviv.ua

**МСКТ**

ТЕЛЕФОНИ на КТ:  
(098) 107-05-05  
(063) 107-05-05  
(099) 321-20-02

**МРТ**

ТЕЛЕФОНИ на МРТ:  
(096) 501-08-08  
(073) 501-08-08  
(050) 501-08-08

позначити

позначити

МУЛЬТИ СПІРАЛЬНА 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** ⇌ **показники: КРЕАТИНІН СЕЧОВИНА** інтерактивне 3D! **ТАК / НІ**  
попитати необхідне або закреслити зайве для обстежень з дозованим контрастом підсиленням необхідно зазначити ці показники попитати 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)