

Data:

Pieczęć nagłówkowa ośrodka kierującego



SKIEROWANIE DO PRACOWNI HEMODYNAMICZNEJ
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA MIEJSKIEGO W TORUNIU

(Ul. Batorego 17/19 87-100 TORUŃ Tel. 0 56 61 00 361/348 lub 0 56 61 00 205)

Fax: 56 65 57 523

e-mail: hemodynamika@med.torun.pl

Na koronarografię/angioplastykę wieńcową

IMIĘ i NAZWISKO pacjenta:.....

Data urodzenia:..... PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:...../Ew. do rodziny:.....

Rozpoznanie główne : ICD10:.....

EF (frakcja wyrzutowa):

Wskazanie do badania:

Choroby towarzyszące oraz informacje kliniczne istotne w opinii lekarza
kierującego:

.....
.....

Lekarz kierujący (podpis + pieczętka):

UWAGA ! : *proszę zabrać ze sobą dotychczasowe badania takie jak: grupa krwi
(jeżeli jest), echo serca, Ew. test wysiłkowy, wypisy ze szpitali (jeżeli są) itp...*