Revmatologický ústav

ŽÁDANKA O VYPÁLENÍ OBRAZOVÉ DOKUMENTACE NA CD

Jméno a příjmení pacienta ……..

Rodné číslo ……..

Požadované vyšetření (RTG, US, MR, CT, anatomická oblast, datum)

……

……

Podpis lékaře, který vypálení CD požaduje …….

Datum……