



.....
....., dnia

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ
Centrum Medyczne Solimed Wieliczka Tel. 516 077 076
.....
nazwa pracowni

Proszę o badanie **Fibroscan**

u Pana(i)

Adres:

Pesel

....., **telefon:**

Rozpoznanie:

.....
.....
kod(ICD10) :

Zakres badania:

Ocena stopnia zwłóknienia i stopnia stłuszczenia wątroby

Badania dotychczas wykonane:

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

*właściwe podkreślić**

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....