**НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (кт, пэт-кт, мрт, СЦИНТИГРАФИЯ)**

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (д.м.г.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Диагноз, с которым пациент направляется на консультацию результатов лучевого исследования:** |
| **Область исследования для консультации:** |
| **Цель исследования, диагностические вопросы, требующие уточнения:** |
| **Дополнительная информация:** |

Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, контактный телефон, электронная почта: