

Ośrodek Kierujący na badanie koronarograficzne

Nazwa Ośrodka.....

Adres.....

Telefon kontaktowy.....

Pracownia Kardiologii Inwazyjnej

Europejskie Centrum Zdrowia OTWOCK

www.ecz-otwock.plwww.hemodynamika.com.pl**Rejestracja**

Tel /022/ 710 30 10,

fax. /022/ 710 31 64

Dane Pacjenta

Nazwisko.....

Imię.....

PESEL.....

Adres.....

Tel kontaktowy /komórkowy.....

Badanie należy wykonać w trybie (proszę zaznaczyć):

Rozpoznanie:.....

Przyśpieszonym (w ciągu tygodnia)

.....

Planowym (w ciągu miesiąca)

Dane Kliniczne uzasadniające wykonanie badania (proszę uwzględnić ewentualne przeciwwskazania oraz leczenie przeciwkrzepliwe)

Adres e-mail lekarza kierującego na badanie:

.....@.....

(na który zostanie wysłany film z badania koronarograficznego)

Podpis i pieczęć lekarza