

## Skierowanie do Pracowni Mammografii ŚWIĘTOKRZYSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII

25-734 Kielce ul. Artwińskiego 3, tel. 41-36-74-640  
rejestracja telefoniczna pon. – czw. w godz. 8 –15, pt. w godz. 8 – 13

Pieczętka jednostki kierującej

Wyznaczony termin badania:

.....

.....

Numer identyfikacyjny  
(UMOWY) świadczeniodawcy .....

(wypełnia Zakład Diagnostyki Obrazowej)

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres .....

Priorytet badania:

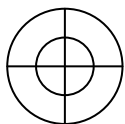
Pilny,  Stabilny,

Karta Onkologiczna – etap diagnostyki,  Karta Onkologiczna – etap leczenia

BADANIE PIERWSZE

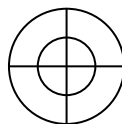
BADANIE DRUGIE

BADANIE NASTĘPNE



prawy

sutek



lewy

### ROZPOZNANIE KLINICZNE kod ICD 10 .....

	SUTEK PRAWY	SUTEK LEWY
Norma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po amput.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po rtgth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zmiana łag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zmiana podejrz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zmiana ca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne, jakie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza kierującego