МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

# НАЦІОНАЛЬНА ДИТЯЧА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ЛІКАРНЯ «ОХМАТДИТ»

<ВІДДІЛЕННЯ>

01135, м. Київ

Черновола 28/1

Тел.: 236-20-84

E-mail:

**Від <Дата документу> № <№ мед. документу>**

**ДАТА ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ:** *<Дата дослідження>*

**ЕЕД =** *<ЕЕД>*

**ВІДДІЛЕННЯ:** *<Направив (відділення)>*

**ПАЦІЄНТ:** *<Короткий ПІБ пацієнта>, <Вік>, <Дата народження>, № <Номер картки>*

**Клінічні дані:**

*<Клінічні дані>*

**Мета дослідження:** *<Мета дослідження>.*

**<ТИП ДОКУМЕНТА>**

**<ВИД ДОКУМЕНТА>**

(<Підвид (додатково)>)

<Зміст>

**ЗАКЛЮЧЕННЯ:** *<Заключення>.*

**РЕКОМЕНДОВАНО:** <*Рекомендовано*>

<Коментар>

**Лікар-радіолог** *<Короткий ПІБ лікаря>*