МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

# <КЛІНІКА>

<ДЕПАРТАМЕНТ*>*

<Адреса>

<Телефон>

E-mail:

**<ТИП ДОКУМЕНТА>**

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

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

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

**НАПРАВИВ: <***Направив (лікар)>*

**КЛІНІКА:** *(<Направив (клініка)>)*

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

**Клінічні дані:**

*<Клінічні дані>*

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

**Поглинена доза =** *<* *Поглинена доза >*

**Лікар**  *<Короткий ПІБ лікаря>*