Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Aleja Dzieci Polskich 20
04 – 730 Warszawa

Pieczęć jednostki kierującej	……., dnia / / *Data wystawienia skierowania* Do : **Pracowni Densytometrii** **Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej** Rejestracja: Tel. 22 815 15 72

SKIEROWANIE NA BADANIE DENSYTOMETRYCZNE

Wypełnia lekarz kierujący

Nazwisko:		Numer kartoteki:	/
Imię:		Płeć:	☐ M ☐ K
Data urodzenia: / / rok miesiąc dzień		PESEL*:	
Adres zamieszkania/ Oddział:			
Kod choroby **ICD-10**		Waga pacjenta: [kg]	Wzrost [cm]
Rodzaj badania:			
Rozpoznanie, wywiad, co badanie ma określić *(rozpoznanie kliniczne, wyniki poprzednich badań i leczenia):*			

* w przypadku: 1.noworodka- numer PESEL matki; 2. dla osoby nie posiadającej numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

……
Pieczątka imienna i podpis lekarza kierującego

Wypełnia rodzic/ opiekun prawny	**Dotyczy kobiet**	Czy pacjentka jest w ciąży?	☐ TAK ☐ NIE
		Czy rodzic/ opiekun biorący udział w badaniu jest w ciąży?	☐ TAK ☐ NIE

……
Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego