**Приложение №1**

**НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ сцинтиграфического, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (полная)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Диагноз, с которым пациент направляется на консультацию лучевого исследования:** |
| **Область исследования для консультации:** |
| **Цель исследования, диагностические вопросы, требующие уточнения:** |
| **Дополнительная информация:** |

Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, контактный телефон: