

Ośrodek Kierujący na badanie koronarograficzne

Nazwa Ośrodka.....

Adres.....

Telefon kontaktowy.....

Pracownia Kardiologii Inwazyjnej

Klinika Kardiologii CMKP

Szpital Grochowski, ul. Grenadierów 51/59

www.hemodynamika.com.pl

hemodynamika@hemodynamika.com.pl

Sekretariat

Tel /022/ 87-02-781, fax. /022/ 51-52-676

Lekarz dyżurny

Kom. 516-02-57-53, stacjonarny /022/51-52-758

Dane Pacjenta

Nazwisko.....

Imię.....

PESEL.....

Adres.....

Tel kontaktowy /komórkowy.....

Badanie należy wykonać w trybie (proszę zaznaczyć):

Pilnym (Ostry zespół wieńcowy)

Rozpoznanie:.....

Przyśpieszonym (w ciągu tygodnia)

.....

Planowym (w ciągu miesiąca)

Dane Kliniczne uzasadniające wykonanie badania (proszę uwzględnić ewentualne przeciwwskazania oraz leczenie przeciwkrzepliwe)

Adres e-mail lekarza kierującego na badanie:

.....@.....

(na który zostanie wysłany film z badania koronarograficznego)

Podpis i pieczęć lekarza