

DATA: .....  
SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII

.....  
(Nazwisko i Imię Pacjenta)

.....  
(Pieczęć placówki) (Numer PESEL)

PRACOWNIA TOMOGRAFII OCT 3D / SSOCT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PLAMKA (MACULA)                     | <input type="checkbox"/> MACULA z GCL ++            |
| <input type="checkbox"/> TARCZA NERWU II (GLAUCOMA)          | <input type="checkbox"/> ANGIO OCT                  |
| <input type="checkbox"/> ZDJĘCIA DNA OKA (FUNDUS PHOTO)      | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA Z KONTRASTEM   |
| <input type="checkbox"/> KĄT PRZESĄCZANIA (ANTERIOR SEGMENT) | <input type="checkbox"/> ROGÓWKA (ANTERIOR SEGMENT) |

PRACOWNIA USG

- |   |                    |   |  |
|---|--------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> USG GAŁKI OCZNEJ | <b>V OP:</b> ..... | <input type="checkbox"/> OKO PRAWA        | <input type="checkbox"/> OKO LEWE          |
|   | <b>V OL:</b> ..... | <input type="checkbox"/> Z OPISEM LEKARZA | <input type="checkbox"/> BEZ OPISU LEKARZA |

UWAGI/INNE: .....

ROZPOZNANIE: .....



tel.32 217 07 73  
kom. 519 101 450  
ul.Damrota 64  
43-100 Tychy

REJESTRACJA TELEFONICZNA, OSOBISTA LUB NA STRONIE WWW.ARTOPTYK.PL

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

DATA: .....  
SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII

.....  
(Nazwisko i Imię Pacjenta)

.....  
(Pieczęć placówki) (Numer PESEL)

PRACOWNIA TOMOGRAFII OCT 3D / SSOCT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PLAMKA (MACULA)                     | <input type="checkbox"/> MACULA z GCL ++            |
| <input type="checkbox"/> TARCZA NERWU II (GLAUCOMA)          | <input type="checkbox"/> ANGIO OCT                  |
| <input type="checkbox"/> ZDJĘCIA DNA OKA (FUNDUS PHOTO)      | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA Z KONTRASTEM   |
| <input type="checkbox"/> KĄT PRZESĄCZANIA (ANTERIOR SEGMENT) | <input type="checkbox"/> ROGÓWKA (ANTERIOR SEGMENT) |

PRACOWNIA USG

- |   |                    |   |  |
|---|--------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> USG GAŁKI OCZNEJ | <b>V OP:</b> ..... | <input type="checkbox"/> OKO PRAWA        | <input type="checkbox"/> OKO LEWE          |
|   | <b>V OL:</b> ..... | <input type="checkbox"/> Z OPISEM LEKARZA | <input type="checkbox"/> BEZ OPISU LEKARZA |

UWAGI/INNE: .....

ROZPOZNANIE: .....



tel.32 217 07 73  
kom. 519 101 450  
ul.Damrota 64  
43-100 Tychy

REJESTRACJA TELEFONICZNA, OSOBISTA LUB NA STRONIE WWW.ARTOPTYK.PL

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

DATA: .....  
SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII

.....  
(Nazwisko i Imię Pacjenta)

.....  
(Pieczęć placówki) (Numer PESEL)

PRACOWNIA TOMOGRAFII OCT 3D / SSOCT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PLAMKA (MACULA)                     | <input type="checkbox"/> MACULA z GCL ++            |
| <input type="checkbox"/> TARCZA NERWU II (GLAUCOMA)          | <input type="checkbox"/> ANGIO OCT                  |
| <input type="checkbox"/> ZDJĘCIA DNA OKA (FUNDUS PHOTO)      | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA Z KONTRASTEM   |
| <input type="checkbox"/> KĄT PRZESĄCZANIA (ANTERIOR SEGMENT) | <input type="checkbox"/> ROGÓWKA (ANTERIOR SEGMENT) |

PRACOWNIA USG

- |   |                    |   |  |
|---|--------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> USG GAŁKI OCZNEJ | <b>V OP:</b> ..... | <input type="checkbox"/> OKO PRAWA        | <input type="checkbox"/> OKO LEWE          |
|   | <b>V OL:</b> ..... | <input type="checkbox"/> Z OPISEM LEKARZA | <input type="checkbox"/> BEZ OPISU LEKARZA |

UWAGI/INNE: .....

ROZPOZNANIE: .....



tel.32 217 07 73  
kom. 519 101 450  
ul.Damrota 64  
43-100 Tychy

REJESTRACJA TELEFONICZNA, OSOBISTA LUB NA STRONIE WWW.ARTOPTYK.PL

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

DATA: .....  
SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII

.....  
(Nazwisko i Imię Pacjenta)

.....  
(Pieczęć placówki) (Numer PESEL)

PRACOWNIA TOMOGRAFII OCT 3D / SSOCT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PLAMKA (MACULA)                     | <input type="checkbox"/> MACULA z GCL ++            |
| <input type="checkbox"/> TARCZA NERWU II (GLAUCOMA)          | <input type="checkbox"/> ANGIO OCT                  |
| <input type="checkbox"/> ZDJĘCIA DNA OKA (FUNDUS PHOTO)      | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA Z KONTRASTEM   |
| <input type="checkbox"/> KĄT PRZESĄCZANIA (ANTERIOR SEGMENT) | <input type="checkbox"/> ROGÓWKA (ANTERIOR SEGMENT) |

PRACOWNIA USG

- |   |                    |   |  |
|---|--------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> USG GAŁKI OCZNEJ | <b>V OP:</b> ..... | <input type="checkbox"/> OKO PRAWA        | <input type="checkbox"/> OKO LEWE          |
|   | <b>V OL:</b> ..... | <input type="checkbox"/> Z OPISEM LEKARZA | <input type="checkbox"/> BEZ OPISU LEKARZA |

UWAGI/INNE: .....

ROZPOZNANIE: .....



tel.32 217 07 73  
kom. 519 101 450  
ul.Damrota 64  
43-100 Tychy

REJESTRACJA TELEFONICZNA, OSOBISTA LUB NA STRONIE WWW.ARTOPTYK.PL

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)