

НАПРАВЛЕННЯ

медичний діагностичний центр «ЛУР»

м. Черкаси, вул. Дахнівська, 32, тел.: (0472) 56-07-07; 56-08-08

www.lur.ck.ua

 КТ УЗД

Пацієнт _____

Дата народження _____

Попередній діагноз: _____
(клінічна проблема)

Зона обстеження _____

Дата _____ Лікар _____ (П.І.Б.) _____ тел.: _____

*Обов'язково попередьте пацієнта про необхідність зателефонувати до медичного центру для призначення дати візиту та методики підготовки до обстеження (0472) 56-07-07, 56-08-08

НАПРАВЛЕННЯ

медичний діагностичний центр «ЛУР»

м. Черкаси, вул. Дахнівська, 32, тел.: (0472) 56-07-07; 56-08-08

www.lur.ck.ua

 КТ УЗД

Пацієнт _____

Дата народження _____

Попередній діагноз: _____
(клінічна проблема)

Зона обстеження _____

Дата _____ Лікар _____ (П.І.Б.) _____ тел.: _____

*Обов'язково попередьте пацієнта про необхідність зателефонувати до медичного центру для призначення дати візиту та методики підготовки до обстеження (0472) 56-07-07, 56-08-08