



Świętokrzyskie Centrum Onkologii  
Zakład Diagnostyki Obrazowej  
Pracownia Mammografii  
ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce  
tel. 41-36-74-641  
REGON: 001263233,  
k.r. MZ: I-000000014611, V-10, VII-065, VIII-7242

F-14/LDO Wyd. II

Kielce, dnia .....

Nr historii choroby .....

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PATOLOGII NOWOTWORÓW

ŚWIETOKRZYSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH

rejestracja telefoniczna pon. – czw. w godz. 9<sup>00</sup> – 14<sup>30</sup>, pt. w godz. 9<sup>00</sup> – 12<sup>30</sup> tel. 41-36-74-287

### Proszę o wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej u pacjentki

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Rozpoznanie .....

ICD-10 .....

Lokalizacja

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

Niniejszy dokument stanowi własność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.



Świętokrzyskie Centrum Onkologii  
Zakład Diagnostyki Obrazowej  
Pracownia Mammografii  
ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce  
tel. 41-36-74-641  
REGON: 001263233,  
k.r. MZ: I-000000014611, V-10, VII-065, VIII-7242

F-14/LDO Wyd. II

Kielce, dnia .....

Nr historii choroby .....

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PATOLOGII NOWOTWORÓW

ŚWIETOKRZYSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH

rejestracja telefoniczna pon. – czw. w godz. 9<sup>00</sup> – 14<sup>30</sup>, pt. w godz. 9<sup>00</sup> – 12<sup>30</sup> tel. 41-36-74-287

### Proszę o wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej u pacjentki

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Rozpoznanie .....

ICD-10 .....

Lokalizacja

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

Niniejszy dokument stanowi własność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.