



**Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2
PRACOWNIA RTG
im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
35-301 Rzeszów ul. Lwowska 60**

**REWERS
dokumentacji obrazowej (klisze, płyty CD/DVD)**

Imię i nazwisko pacjent.....

PESEL.....seria i nr dowodu osobistego.....

Adres pacjenta

Proszę o wypożyczenie dokumentacji medycznej w celu dalszej konsultacji.

Zdjęcia zobowiązuję się zwrócić do 3- 4 tyg od daty wypożyczenia.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta

.....

Podpis osoby wydającej (technik, lekarz, sekretarka)