Pieczęć zakładu

..... , dnia ..... r.

# SKIEROWANIE DO PRACOWNI EKG

**Nazwisko i imię chorego ..... wiek .....**

**Adres* .....**

**Rozpoznanie .....**

**.....**

**.....**

**RR ..... Sylwetka serca .....**

**Czy bierze leki wpływające na krzywą EKG - jakie (strofantyna, naparstnica, chinidyna, gynergen, atropina, sole potasu .....**

**Rodzaj badania: spoczynkowe, wysiłkowe****

**Zaznaczyć poprzednie badanie ekg**

Podpis i pieczątka lekarza

*** dla chorego leżącego w szpitalu należy podać nr sali i łóżko**

**** skreślić**

**Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego**
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
**www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl**

admed® MEDICAL PARTNER