

.....dnia.....

(pi cz jednostki kieruj cej)

SKIEROWANIE NA BADANIE EMG/ENG

Imi i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

Wywiad

.....

.....

.....

Badanie neurologiczne.....

.....

.....

.....

Proponowane badanie (nerwy, mi nie).....

.....

.....

.....

podpis i pi cz lekarza kieruj cego