

Lp	Data wykonania badania	Nazwisko i imię pacjenta	PESEL pacjenta (gdy brak PESEL seria i numer DO oraz adres zamieszkania)	Zlecający					Rodzaj wykonanego badania			Dane identyfikujące osobę wykonującą badanie
				Kod oddziału *			Dane identyfikujące zlecającego -lekarza	Inny zakład - dane zakładu	USG jamy brzusznej	USG klatki piersiowej	Inne	
				Oddział I kod 001	Oddział II kod 002	Oddział III kod 003			Poradnia kod 004	DLT kod 011		

*Zaznacz właściwy „X”