

**NMR Kardiyo Testi****NMR Hasta Belgeleme Formu**

Lütfen aşağıda istenen bilgileri okunaklı bir şekilde doldurunuz.

**Doktor:**

İsim : \_\_\_\_\_  
Hastane : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Posta Kodu / Şehir : \_\_\_\_\_  
E-posta : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_ Faks : \_\_\_\_\_

Barkod

**Hasta:**

İsminin Baş Harfleri : \_\_\_\_\_ Doğum Tarihi : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cinsiyet :  M  F  
Gün Ay Yıl

**Numune Bilgileri**

Numune Tarihi : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Gün Ay Yıl

**İlaç Kullanımı:**

**Lütfen Serum Toplama Talimatlarını okuyunuz ve bunlara riayet ediniz**

CTI-PD-EN-160201