

Jméno: ..... RČ: .....  
Pojišťovna: ..... Kontaktní adresa: ..... Tel.: .....

**Prosíme o předání mamografické ev i sonografické dokumentace / včetně snímků/ pro účely screeningového vyšetření na našem pracovišti**

**Děkujeme za pochopení / vyšetření zejména složitějších strukturálních odchylek je o porovnávání předchozích nálezů /**

**NNH – nemocnice Na Homolce**

**Objednávky mamografií na tel č. 25727 2516**

**sonografií neboli ultrazvukového vyšetření, či biopsií  
na tel č. 25727 2483**

**/mějte prosím trpělivost , linky bývají velmi často obsazené objednávkami vyšetření –  
děkujeme za pochopení /**

