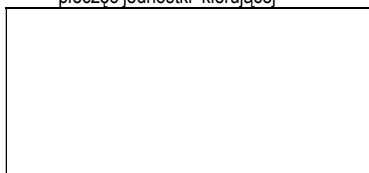


pieczęć jednostki kierującej



.....dnia.....20.....r
miejsowość

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Ośrodek Wentylacji Domowej
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana).....lat.....

PESEL

Adres.....

..... telefon

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie).....

.....

Badania dotychczas

wykonane.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....