Nazwa podmiotu kierującego, adres, nr telefonu

Kod identyfikacyjny, nazwa jednostki organizacyjnej i kod resortowy (ZOZ-y)

nazwa komórki organizacyjnej i kod resortowy (Zoz-y),

nr wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską

(indywidualne i grupowe praktyki lekarskie)

|  |
| --- |
|  |
|  |

...............................,dnia..................20….r.

# SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

...................................................................................

**nazwa pracowni**

Proszę o badanie.....................................................................................................................................

(rodzaj badania)

u Pana(i)..................................................................................................data urodzenia.........................

imię i nazwisko

Oznaczenie płci…………………….

Adres zamieszkania.............................................................................................................................................

NR PESEL ...............................................................telefon.....................

Rozpoznanie.................................................................................................................................

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

Cel badania (uzasadnienie)..........................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Badania dotychczas wykonane.................................................................................................

.............................................................................................................................

.............................................................................................................................

.............................................................................................................................

…………………………………………………….

Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,

uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu

podpis

*Uwagi pracowni diagnostycznej:*

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem...........................................

Wyznaczony termin badania..........................................................................