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 PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

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

nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym\*

Panią (Pana)..................................................................................................data urodzenia....................

 Imię i nazwisko

Oznaczenie płci………………………….

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

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

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

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

Cel porady (uzasadnienie)....................................................................................................................

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

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

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

 Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,

 uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu

 podpis

właściwe podkreślić\*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem......................

Termin wyznaczonej porady...................................................