

Warszawa,
Data

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

do

Poradni specjalistycznej – Zespół Wentylacji respiratorem w warunkach domowych

Proszę o:.....

Pani/Pana:.....lat.....

Adres:.....

PESEL..... nr telefonu.....

Rozpoznanie:

Cel porady (uzasadnienie):.....

.....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....
Podpis lekarza

Uwagi poradni specjalistycznej.....

.....

.....

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady:

.....
Pieczętka i podpis