

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

.....dnia.....20....r

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Pracownia Medycyny Nuklearnej

.....
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESELtelefon.....

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

(w języku polskim)

Cel porady (uzasadnienie) : **Scyntygrafia wentylacyjno-perfuzyjna płuc**

Badania dotychczas wykonane.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwie podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

.....dnia.....20....r

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Pracownia Medycyny Nuklearnej

.....
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESELtelefon.....

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

(w języku polskim)

Cel porady (uzasadnienie) : **Scyntygrafia wentylacyjno-perfuzyjna płuc**

Badania dotychczas wykonane.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwie podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....