

## SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Nazwa poradni .....

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym\*

Pana/Pania ..... lat

**Adres**

PESEL ..... telefon .....

Rozpoznanie

w języku polskim

..... kod (ICD 10) .....

Cel porady (uzasadnienie) \_\_\_\_\_

Badania dotychczas wykonane

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin wyznaczonej porady .....

czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

odciąć

..... dnia 20 r.

**INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO**

Pana/Pania ..... data urodzenia .....

Adres .....

Opis udzielonego świadczenia .....

Zalecenia: wymaga objęcia stałą opieką poradni specjalistycznej / nie wymaga objęcia stałą opieką poradni specjalistycznej\*

Załączniki: .....

czytelny podpis i pieczęć wykonującego świadczenie