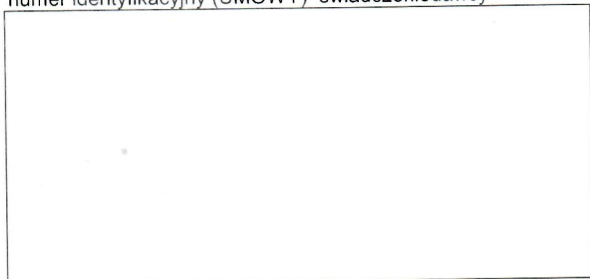


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



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

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ Centrum Hiperbarii Tlenowej i Leczenia Ran

Proszę o poradę specjalistyczną, kwalifikację do leczenia tlenem hiperbarycznym

] Pani (Pana)....., lat.....

Adres.....

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

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

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

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

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego