

5-045

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

....., dnia 20 r.

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....
nazwa pracowni

Proszę o badanie
rodzaj badania

u Pana(i) lat

Adres

PESEL telefon

Rozpoznanie
w języku polskim

..... kod (ICD10)

Cel badania (uzasadnienie)

.....

.....

Badania dotychczas wykonane

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis, pieczęć lekarza

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Wyznaczony termin badania

.....
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej