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

..... dnia .....r.

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....
nazwa pracowni

Proszę o badanie .....

u Pana(i) ..... lat .....

Adres .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ telefon .....

Rozpoznanie .....

.....kod (CD10) .....

Cel badania (uzasadnienie) .....

.....

.....

.Badania dotychczas wykonane .....

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczątka lekarza

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Wyznaczony termin badania .....

.....
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej