105 ....., dnia ..... 20..... r.

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

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 i pieczątka lekarza)

Uwagi pracowni diagnostycznej:
Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....
Wyznaczony termin badania .....

.....
(czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej)

MZ/Pom-29 z. 1774/2003 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl