(podpis i pieczątka lekarza SOR)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PROŚBA O KONSULTACJĘ PACJENTA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

Neurochirurgiczną	☐	Hematologiczną	☐
Internistyczną	☐	Laryngologiczną	☐
Kardiologiczną	☐	Okulistyczną	☐
Ortopedyczną	☐	Neurologiczną	☐
Chirurgiczną	☐	Urologiczną	☐
Ginekologiczną	☐	Psychiatryczną	☐

Data i godzina zlecenia konsultacji: **_ _ / _ _ 20 _ _** …... **:** ……

Rozpoznanie wstępne: .....

.....

Cel konsultacji: .....

.....

OPIS KONSULTACJI I ZALECENIA

Data i godzina wykonania konsultacji: **_ _ / _ _ 20 _ _** …... **:** ……

Wnioski z konsultacji:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....

Zalecenia konsultanta: .....

.....

.....

.....

..... ….

.....

(podpis i pieczątka lekarza konsultującego)

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl