....., Data ..... 20.....r.

SKIEROWANIE DO PORADNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....
Nazwa poradni

Proszę o badanie .....

Panią (Pana) ..... Lat.....

Adres .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ telefon.....

Rozpoznanie.....
(W języku polskim)

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

Cel badania (uzasadnienie) .....

.....

.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....

.....

.....
Czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego

Uwagi poradni diagnostycznej
Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Wyznaczony termin badania .....

.....
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej

admed® MEDICAL PARTNER

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