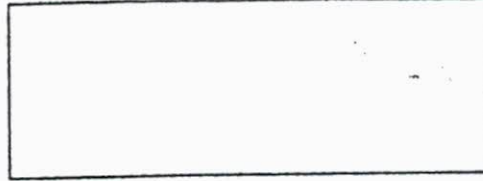


44  
pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej,  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data.....



ZAKŁAD / PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA.....

Proszę o badanie .....  
(rodzaj badania)

Pana / i ..... lat.

Adres.....

PESEL  telefon.....

Rozpoznanie.....  
(w języku polskim)  
kod(ICD10).....

Cel badania (uzasadnienie) .....

Badania dotychczas wykonane.....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

Uwagi poradni diagnostycznej: .....

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Wyznaczony termin badania .....

Wydanie II z dnia 04.07.08