

## Skierowanie

.....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(PESEL)

**Zlecam wykonanie badania immunopatologicznego wycinka pobranego z:**

-zmian umiejscowionych w okolicy.....

-otoczenia zmian umiejscowionych w okolicy.....

-skóry zdrowej z okolicy.....

-inne.....

Rozpoznanie wstępne .....

Choruje od .....

Otrzymuje leczenie tak (od kiedy)..... nie .....

Surowicę pobrano: tak ..... nie.....

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

**Należność pokryjemy z naszego konta po otrzymaniu rachunku w terminie 14 dni.**

Główny księgowy

Dyrektor Placówki