Nazwa komórki

SKIEROWANIE NA BADANIE w MSS

Data .....

1/4

ZAKŁAD / PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA .....

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

Pana / i ....., lat .....

Adres .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nr Ks.Gł. dla NN.....

Rozpoznanie ..... (w języku polskim)

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

Cel badania (uzasadnienie) .....

.....

Uwagi .....

.....

Wyd. II z dnia 15.09.06

Wa-Bu-14 **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01

czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego