

Pieczęć jednostki kierującej

.....  
miejsowość, data

**SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ**

**TLENOTERAPII W WARUNKACH DOMOWYCH**

**VitalAire Sp. z o.o.  
ul. Anny Jagiellonki 25  
65-155 Zielona Góra  
tel.: 61 869 93 88**

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

Rozpoznanie: .....

.....

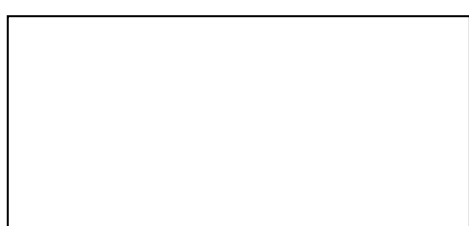
ICD – 10 : .....

Cel skierowania  
(uzasadnienie):.....

.....

**Załączniki:**

- karta wypisowa z leczenia szpitalnego
- wyniki badań
- zgoda pacjenta na objęcie opieką



*podpis i pieczęć lekarza*