

Pieczęć jednostki kierującej

.....
miejsowość, data

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

TLENOTERAPII W WARUNKACH DOMOWYCH

VitalAire Sp. z o.o.
ul. Miła 6 lok b
00-180 Warszawa
tel.: 22 823-12-96

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