

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

.....dnia.....20.....r

## SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ Centrum Hiperbarii Tlenowej i Leczenia Ran

Proszę o poradę specjalistyczną, kwalifikację do leczenia tlenem hiperbarycznym

] Pani (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESEL.....telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

Badania dotychczas wykonane :

.....

.....

.....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego