

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

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

SKIEROWANIE DO PRACOWNI ENDOSKOPII

Proszę o wykonanie badania.....
(rodzaj badania)

u Pana (i), lat.....

Adres

PESEL telefon kontaktowy

Rozpoznanie
(w języku polskim)

..... ICD10

Cel badania (uzasadnienie)

.....
.....

Badania dotychczas wykonane

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

UWAGA:

Do skierowania należy koniecznie dołączyć wyniki wykonanych wcześniej badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.