

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

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

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....
nazwa pracowni

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

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

Adres.....

PESEL

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

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

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

Cel badania (uzasadnienie).....

..... Badania dotychczas wykonane.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Wyznaczony termin badania.....

.....
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej