

## SKIEROWANIE NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE / KONSULTACJE / LECZENIE

Do .....  
(oznaczenie rodzaju podmiotu do którego kierowany jest pacjent)

Imię i Nazwisko pacjenta ..... płeć .....

Miejsce zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Rozpoznanie ..... KOD (ICD10) .....

Cel badania / konsultacji .....

Inne informacje lub wyniki badań diagnostycznych niezbędne do przeprowadzenia badania .....

.....

.....

**Należy dołączyć informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia badania.**

*Oznaczenie osoby kierującej na badanie/konsultację/leczenie\**

*\*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 XII 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji  
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.Nr.252,poz1697 z póź.zm.)*

## SKIEROWANIE NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE / KONSULTACJE / LECZENIE

Do .....  
(oznaczenie rodzaju podmiotu do którego kierowany jest pacjent)

Imię i Nazwisko pacjenta ..... płeć .....

Miejsce zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Rozpoznanie ..... KOD (ICD10) .....

Cel badania / konsultacji .....

Inne informacje lub wyniki badań diagnostycznych niezbędne do przeprowadzenia badania .....

.....

.....

**Należy dołączyć informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia badania.**

*Oznaczenie osoby kierującej na badanie/konsultację/leczenie\**

*\*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 XII 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji  
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.Nr.252,poz1697 z póź.zm.)*