
Data wystawienia skierowania

Pieczęć jednostki kierującej wraz z numerem Umowy z NFZ

Telefon jednostki kierującej

Data badania

Pacjent

Imię

Nazwisko

Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Data urodzenia

Oddział NFZ

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Nr telefonu

Informacje o badaniu

Zakres badania: _____

Rozpoznanie kliniczne: _____

ICD 10: _____

Cel badania: _____

Wywiad: _____

Przebyte operacje: _____

Wyniki wcześniej wykonanych badań diagnostycznych prosimy załączyć w dniu badania.

Inne uwagi o pacjencie: _____

Pieczęć lekarza kierującego

Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z informacjami na drugiej stronie skierowania.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego