…………………………………………..

*miejscowość, data*

*Pieczęć jednostki kierującej*

**SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ**

**TLENOTERAPII W WARUNKACH DOMOWYCH**

**VitalAire Sp. z o.o.**

**ul. Gwiaździsta 5b**

**01-651 Warszawa**

**tel.: 22 823-12-96**

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL: 

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ICD – 10 : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cel skierowania (uzasadnienie):.............................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...



**Załączniki:**

* karta wypisowa z leczenia szpitalnego  *podpis i pieczęć lekarza*
* wyniki badań
* zgoda pacjenta na objęcie opieką