

.....  
miejsowość, 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
- wyniki badań
- zgoda pacjenta na objęcie opieką