

pieczęć jednostki kierującej

miejsowość, data

SKIEROWANIE DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ DO CENTRUM MEDYCZNEGO NOVENTO

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym:

Panią /Pana

lat

PESEL

Adres

Rozpoznanie

KOD (ICD 10)

Cel skierowania

Pieczęć i podpis lekarza kierującego