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

Pieczęć jednostki kierującej, nr umowy z NFZ miejscowość, data

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

*ZESPÓŁ DOMOWEGO LECZENIA TLENEM*

*Tlenoterapia w warunkach domowych*

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią /Pana .............................................................................. lat ..................

PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adres .................................................................................................................

Rozpoznanie .....................................................................................................

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

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

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

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

PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO

Załączniki:

- karta zgłoszenia do domowego leczenia tlenem,

- karta wypisowa z leczenia szpitalnego,

- wyniki badań pacjenta;