

..... Dnia..... 20.....r.

.....
Pieczęć jednostki kierującej

SKIEROWANIE DO PORADNI KARDIOLOGICZNEJ

Diagnostyka i Leczenie Zaburzeń Rytmu Serca

NZOZ Bilcza, ul. Ściegiennego 7a, tel. 501 11 88 44

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym *

Pani (Pana) lat

Adres

PESEL telefon

Rozpoznanie
(w języku polskim)

..... Kod (ICD 10)

Cel porady (uzasadnienie): kwalifikacja do badania elektrofizjologicznego i ablacji RF/

Badania w załączeniu: ekg z arytmia holter echo serca

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

..... Dnia..... 20.....r.

.....
Pieczęć jednostki kierującej

SKIEROWANIE DO PORADNI KARDIOLOGICZNEJ

Diagnostyka i Leczenie Zaburzeń Rytmu Serca

NZOZ Bilcza, ul. Ściegiennego 7a, tel. 501 11 88 44

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym *

Pani (Pana) lat

Adres

PESEL telefon

Rozpoznanie
(w języku polskim)

..... Kod (ICD 10)

Cel porady (uzasadnienie): kwalifikacja do badania elektrofizjologicznego i ablacji RF/

Badania w załączeniu: ekg z arytmia holter echo serca

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego