_____, dnia _____ - _____ - _____r.

_____
(pieczątka ośrodka kierującego)

SKIEROWANIE NA BADANIA

Proszę o badanie

☐ USG serca / ☐ Holter EKG / ☐ Próba wysiłkowa / ☐ 24h ABPM

inne (w tym laboratoryjne) .....

.....

.....

Proszę o przeprowadzenie konsultacji specjalistycznej TAK ☐ / NIE ☐

u Pani/Pana ....., lat .....

Adres .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... telefon .....

Rozpoznanie (w języku polskim) .....

.....

..... kod (ICD-10) .....

Cel badań (uzasadnienie) .....

.....

.....

Przyjmowane obecnie leki .....

.....

.....

.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....

.....
(podpis i pieczątka lekarza)

Centrum Medyczne NZOZ AS-MEDICA Sp. z o.o.
95-100 Zgierz, ul. Łódzka 82/84 (os. Kurak)

tel.: 042 715-69-21 (rejestracja)

e-mail: centrum@asmedica.pl

zobacz więcej na *www.asmedica.pl*

CENTRUM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

Termin badań / konsultacji: .....

.....

.....

Odpłatność: .....

.....

Uwagi: .....

.....

.....

.....

AS MEDICA