

ORYGINAŁ / KOPIA (niepotrzebne skreślić)

--

--

Pieczęć nagłwkowa Świadczeniodawcy
Kierującego*

Identyfikator umowy
Świadczeniodawcy z Kasą Chorych*

Numer kolejny skierowania

Miejscowość* i data*

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Zakład realizujący (nazwa i adres)

Pacjent:)

Nazwisko*:

Imię*

Adres* - miejscowość, ulica, numer domu/numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

PESEL*

numer ubezpieczenia* (jeżeli został nadany) Nr Kasy Chorych*

Wykaz zaleconych badań słownie* wraz z kodem wg ICD-9

1.
2.
3.
4.
5.

Zlecający zobowiązuje się do opłacenia zleconych badań w terminie 14 dni od daty otrzymania rachunku od realizującego, któremu zlecono wykonanie tych badań, o ile w zwartej pomiędzy stronami odrębnej umowie nie ustalono innego terminu.

Pieczęć imienna* i podpis lekarza *

UWAGA! Skierowanie nieczytelne oraz bez oznaczonych gwiazdką danych (jeżeli są możliwe do uzyskania) nie jest ważne.