

.....
Data wystawienia:

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
REGON, VII i VIII kod res., nazwa kom. org.,
numer umowy zawartej z NFZ

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię

Pesel

Adres

.....

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Rozpoznanie:.....
(słownie)

F..... (wg klasyfikacji ICD-10)

Kod poradni specjalistycznej*:

- 1700 - Poradnia Zdrowia Psychicznego
- 1701 - Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
- 1706 - Poradnia Leczenia Nerwic
- 1780 - Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia
- 2730 - Zespół leczenia Środowiskowego
- 2700 - Dzienny Oddział Psychiatryczny
- 2703 - Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży
- 2706 - Oddział Dzienny Zaburzeń Nerwicowych

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym.

Cel badania*:

porada psychologiczna / psychoterapia / leczenie w oddziale dziennym / porada lekarza
seksuologa (tylko 1780)

.....
.....

.....

* niepotrzebne skreślić