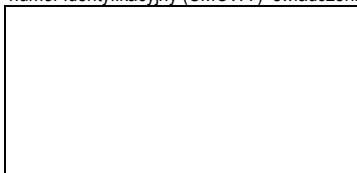


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



....., dnia20.....r

**SKIEROWANIE DO
Poradni Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych „WSPÓLNOTA”**

ul. 11-Listopada 15, 28-230 Połaniec

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią / Pana....., lat.....

Adres.....

PESEL telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

..... kod (ICD10)

Cel porady (uzasadnienie)

.....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....

.....

czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwie podkreślić*