

Skierowanie

Pieczętka podmiotu kierującego

Dane  
pacjenta

Imię i nazwisko .....

.....

PESEL .....

Adres .....

.....

Skierowanie do RCKiK w Gdańsku na zabieg  
**odpłatnego** wykonania sztucznych łez z surowicy  
autologicznej pacjenta.

Rozpoznanie / przyczyna wystąpienia zespołu suchego  
oka .....

.....

Proponowana ilość krwi do pobrania\* : 150 , 300 , 450 ml

UWAGI

.....

.....

.....

\* zakreślić właściwe

Data wystawienia  
skierowania

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Data zabiegu

Podpis i pieczętka wykonującego preparat