

Załącznik 1 do SOP 172.106 w. 1

Skierowanie	
Pieczałka podmiotu kierującego	
Dane pacjenta	Imię i nazwisko PESEL Adres
<p>Skierowanie do RCKiK w Gdańsku na zabieg odpłatnego wykonania krwiopustu (450ml krwi pełnej).</p> <p>Rozpoznanie (rodzaj mutacji)</p> <p>Proponowana częstotliwość wykonywania zabiegów:</p> <p>UWAGI</p>	
Data wystawienia skierowania	Podpis i pieczęć lekarza kierującego