

Załącznik 1 do SOP 172.106 w. 1

Skierowanie	
Piecątka podmiotu kierującego	
Dane pacjenta	Imię i nazwisko

	PESEL
	Adres

Skierowanie do RCKiK w Gdańsku na zabieg odpłatnego wykonania krwiopustu (450ml krwi pełnej).	
Rozpoznanie (rodzaj mutacji)	
.....	
.....	
Proponowana częstotliwość wykonywania zabiegów:	
.....	
UWAGI	
.....	
.....	
.....	
Data wystawienia skierowania	Podpis i pieczęć lekarza kierującego