

.....
Pieczęć placówki kierującej
wraz z numerem umowy z NFZ

.....
data wystawienia skierowania

SKIEROWANIE

do Zespołu Leczenia Środowiskowego/Domowego

przy
Centrum Zdrowia Psychicznego MULTIMED
w Łodzi ul. Przędzalniana 1/3

Kieruję Panią/Pana:

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkała/y:.....

Rozpoznanie wstępne:
(F00-F09; F20-F29; F30-F39, oraz inne zaburzenia psychiczne (F00-F99) wymagające opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania (z wyłączeniem F84)

Dodatkowe informacje od lekarza kierującego :

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

Data zgłoszenia się do poradni ze skierowaniem.....

KONTAKT Z PACJENTEM – tel.nr