



## CZĘŚĆ I /wypełnia personel podmiotu zewnętrznego kierującego na konsultację/

....., dnia.....  
(miejscowość)

1) Imię i nazwisko chorego: ..... Pesel: .....

Rozpoznanie zasadnicze/Rozpoznania współistniejące: .....

Ustalony termin konsultacji: .....

Cel konsultacji:.....

Kontakt telefoniczny do lekarza prowadzącego leczenie chorego: .....

Uwagi lekarza prowadzącego leczenie chorego, w tym: wykonane badania/dotychczasowe leczenie:.....

.....

.....

.....

2) Oświadczam, że.....

.....

(nazwa i adres lub pieczętka podmiotu kierującego na konsultację)

zapłaci za konsultację w zakresie:.....

(zakres konsultacji: **ortopedia/rehabilitacja/reumatologia**)

wykonaną w.....(konsultacja zewnętrzna)

(miejsce wykonania konsultacji)

.....  
podpis i pieczętka Dyrektora  
podmiotu kierującego na konsultację /lub osoby upoważnionej

## CZĘŚĆ II /wypełnia lekarz konsultujący przypadek/

Opis konsultowanego przypadku:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza konsultującego

.....  
pieczętka i podpis Kierownika Kliniki,  
w ramach której wykonano konsultację