

.....dnia.....r.



**SKIEROWANIE  
DO PRACOWNI USG**

ul. Główna 11, Pawilon A1, 41-711 Ruda Śląska  
tel: 32 2444662; 32 2444663 fax: 32 2444664  
www.godulahope.pl

Poradnia kierująca posiadająca umowę  
z Funduszem na amb. opiekę spec.

Proszę o: **BADANIE ECHOKARDIOGRAFICZNE PŁODU**

**Imię i Nazwisko:** .....

**Miejsce zamieszkania**

ulica: .....nr domu .....nr lokalu.....;  
kod pocztowy: .....; miejscowość: .....  
tel: ..... adres e-mail: .....

Płeć: **K**, Data urodzenia: ....., PESEL   
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej  
nr PESEL.....

**Dane rodzica lub opiekuna prawnego (w przypadku gdy osoba jest małoletnia, całkowicie  
ubezprawnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody):**

**Imię i Nazwisko:** .....

**Miejsce zamieszkania**

ulica: .....nr domu .....nr lokalu.....;  
kod pocztowy: .....; miejscowość: .....  
tel: ..... adres e-mail: .....

**Rozpoznanie**.....**kod(ICD10)**.....

(w języku polskim)

Powód skierowania na badanie .....

.....

.....

.....

(czytelny podpis i pieczęć lekarza)

**Na badanie proszę zgłosić się z dokumentacją medyczną dotyczącą przebiegu ciąży**

**Informacja dotycząca prawidłowego wystawiania skierowania**

Zgodnie z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia (z póź. zm.) skierowanie wydane pacjentowi powinno zawierać następujące dane:

1. Oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie:

- nazwa
- adres i telefon

dotądowo w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

- kod identyfikacyjny I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (nr księgi rejestrowej zoz)
- nazwa jednostki organizacyjnej zakładu kierującego wraz z kodem V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
- nazwa komórki organizacyjnej (funkcjonującej w ramach struktury organizacyjnej zakładu w jednostce organizacyjnej, której dane znalazły się na skierowaniu) oraz jej kod (dla jednoznacznej identyfikacji powinien być to kod część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

dotądowo w przypadku indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich/pielęgniarskich:

- numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską/pielęgniarek i położnych

2. Dane pacjenta

- imię i nazwisko
- data urodzenia
- płeć
- adres zamieszkania
- PESEL (noworodek-PESEL matki; osoby bez PESEL rodzaj i numer dowodu tożsamości)
- małoletni; osoby ubezprawnowolnione; niezdolne do świadomego wyrażania zgody – dane przedstawiciela ustawowego

3. Oznaczenie rodzaju podmiotu do którego kieruje się pacjenta

4. Nazwa rozpoznania ustalonego przez kierującego i kod wg. ICD-10 rewizja X.

5. Data wystawienie skierowania

6. Oznaczenie kierującego

- imię nazwisko
- tytuł zawodowy
- specjalizacja
- numer prawa wykonywania zawodu
- podpis.

Ponadto podanie pełnego i aktualnego kodu umowy z Oddziałem Wojewódzkim NFZ na udzielanie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.