

# SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ

| INFORMACJE O DZIECKU   |  |
|------------------------|--|
| <i>Imię i nazwisko</i> |  |
| <i>data urodzenia</i>  |  |

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

Przebyte operacje:

.....

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

Przeciwwskazania:

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza