

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



....., dnia.....20.....r

SKIEROWANIE NA TERAPIĘ HIPERBARYCZNĄ

Kieruję Pana /Panią lat

Adres

PESEL telefon

Na terapię hiperbaryczną
nazwa jednostki

W
adres

Rozpoznanie kod (ICD 10)

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Informacje dla pacjenta

Podkarpackie Centrum Medycyny Hiperbarycznej

Adres: ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola

Rejestracja telefoniczna: **15 842 11 28** lub **691 283 595**

Do zakwalifikowania na leczenie wymagane jest:

- Skierowanie
- RTG klatki piersiowej - ważne 1 rok
- Aktualne EKG - ważne 2 tygodnie
- Karty informacyjne z dotychczasowego leczenia
- W przypadku nagłej głuchoty - audiogram

Więcej informacji na stronie internetowej: **pcmh.pl**