



Pieczęć jednostki kierującej

.....

miejsowość, data

SKIEROWANIE DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ do

Help VitalAire sp. z o.o.

(dawniej: HELP Homecare Sp. z o.o. oraz Ośrodek Terapii Oddechowej VENTAMED Sp. z o.o.)

ul. Strzeszyńska 33

60-479 Poznań

tel.: 61 869 93 88

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

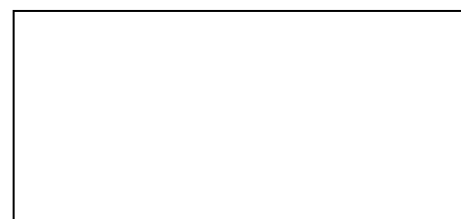
Adres zamieszkania:

Telefon:

Rozpoznanie:

.....

ICD – 10 :



podpis i pieczęć lekarza