**ZGŁOSZENIE CHOREGO DO KLINIKI ENDOKRYNOLOGII SPCSK**

**Ul. BANACHA 1A, 02-097 WARSZAWA**

**TEL.: (22)  599-29-75 / (22) 599-26-75 FAX.: (22)  599-19-75**

**endosek@wum.edu.pl**

PACJENT ..................................................................................................................................

PESEL........................................................................................................................................

TELEFON ..................................................................................................................................

ADRES .......................................................................................................................................

**ROZPOZNANIE (KLASYFIKACJA ICD-10):**

**PRZYJMOWANE LEKI:**

**UZASADNIENIE / WSKAZANIA DO HOSPITALIZACJI:**

**PROBLEM MEDYCZNY – BADANIA DO WYKONANIA W RAMACH HOSPITALIZACJI**

***Lekarz zgłaszający***