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

 Pieczątka jednostki kierującej

**SKIEROWANIE DO PORADNI KARDIOLOGICZNEJ**

Kieruję Pana/Panią lat

PESEL …………………………………………. Telefon

Adres:

Cel konsultacji / rozpoznanie:

Podejrzenie Hipercholesterolemii Rodzinnej: TAK NIE

Do:  **Samodzielna Poradnia Lipidowa**

**Narodowy Instytut Kardiologii**

**ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa**

**Infolinia Projektu nr +48 725 993 892**

Termin przyjęcia:

Data, pieczątka i podpis lekarza kierującego

…………………, dnia ……….. 20….. r.

**INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO**

Pacjent

Data urodzenia PESEL:

Wynik konsultacji:

Data, podpis i pieczęć lekarza przyjmującego w AOS