

**Formularz przekazania pacjenta w leczeniu immunosupresyjnym**

**A.** Ośrodek **PRZEKAZUJĄCY** opiekę nad pacjentem

Na wniosek pacjenta .....  
(imię i nazwisko)

Numer PESEL pacjenta: .....

pozostającego dotychczas pod opieką Poradni Transplantacyjnej

w .....

wyrażam gotowość **przekazania** dalszej opieki nad w/w  
do Poradni Transplantacyjnej

w .....

Termin przekazania pacjenta:

.....

Uprzejmie proszę o wypełnienie części B i zwrotne przesłanie kopii całości  
na numer Fax: ....., celem potwierdzenia przejęcia  
opieki.

Podpis lekarza

pieczętka Świadczeniodawcy

**Formularz przekazania pacjenta w leczeniu immunosupresyjnym**

**B.** Ośrodek **PRZEJMUJĄCY** opiekę nad pacjentem

Na wniosek pacjenta .....  
(imię i nazwisko)

Numer PESEL pacjenta: .....

pozostającego dotychczas pod opieką Poradni Transplantacyjnej

w .....

wyrażam gotowość **przejęcia** dalszej opieki nad w/w  
do Poradni Transplantacyjnej

w **Gorzowie Wielkopolskim**

Termin przejęcia pacjenta:

.....

Uprzejmie proszę o wypełnienie części B i zwrotne przesłanie kopii całości  
na numer **Fax: 095 7331716**, celem potwierdzenia przejęcia opieki.

Podpis lekarza

pieczętka Świadczeniodawcy