

Pieczętka podmiotu

## Skierowanie do zabiegu pobrania sztucznych łez - WZÓR

### Wypełnia jednostka kierująca

Jednostka kierująca.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel/Data urodzenia.....

Adres.....

Rozpoznanie/zespół suchego oka.....

Choroby towarzyszące.....

Leki, które pacjent zażywa.....

Badania.....

Poziom Hb.....

Poziom PLT.....

Lekarz do kontaktu/Tel.....

.....  
Data, podpis i pieczętka lekarza kierującego do zabiegu

### **Wypełnia pacjent**

Zostałem/am poinformowany o rodzaju zabiegu, sposobie jego przeprowadzenia i możliwych powikłaniach

.....  
Data i podpis pacjenta