

Назва (штамп) лікувального  
закладу, який скеровує пацієнта

КЗ ЛОР ЗУСДМЦ  
Ліцензія МОЗ України  
Серія АД № 064271 від 30.08.2012  
Адреса: 79035  
м. Львів, вул. Дністерська, 27

**Скерування на консультацію  
в Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр**

Прізвище та ім'я дитини ..... Дата народж. ....

Спеціальність консультанта (-ів) (назва дослідження) до якого скеровується пацієнт .....

Діагноз: .....

Анамнез захворювання ( в т.ч. проведені раніше дослідження та консультації) .....

Мета консультації (питання до консультанта):

Лікар (спеціальність, прізвище) ..... Підпис ..... /М.П./

Дата ..... Телефон .....