



Skierowanie do Centrum Leczenia Zaburzeń Pamięci Affidea

ul. Grochowska 312, 04-148 Warszawa
tel.: 22 44 11 104
www.zaburzeniapamieci.pl

(Nazwa jednostki kierującej, adres i telefon)

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym

Data wystawienia skierowania:

Panią (Pana), lat

Adres zamieszkania:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Telefon

Rozpoznanie lub powód skierowania (krótki opis podstawowego problemu medycznego)

.....

.....

Zaburzenia pamięci i/lub funkcji poznawczych:

- dotychczas niediagnozowane diagnozowane ale nie udało się określić etiologii
- określono prawdopodobną etiologię – wskazana modyfikacja leczenia / potwierdzenie rozpoznania
- inne

Proszę o dołączenie kopii lub o krótki opis wyników badań (MMSE, laboratoryjnych i obrazowych)

.....

.....

Proszę o dołączenie kopii dokumentacji medycznej lub podanie głównych chorób współistniejących

- (1) (4)
- (2) (5)
- (3) (6)

Proszę o podanie głównych leków, które otrzymuje pacjent

- (1) (4)
- (2) (5)
- (3) (6)

Czy są przeciwwskazania do rezonansu magnetycznego? nie tak, jakie

Jeśli pacjent wyrazi na to zgodę czy poinformować Panią/Pana mailowo o wynikach przeprowadzonej diagnostyki?

tak email: nie

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego