**Szanowni Rodzice i Opiekunowie!**

W celu usprawnienia pracy Rejestracji oraz umawiania wizyt w Poradniach Specjalistycznych Centrum Zdrowia Dziecka prosimy o skorzystanie z poniższego formularza. Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres: wizyta@ipczd.pl.

W tytule maila prosimy wpisać **nazwę Poradni**, której dotyczy wizyta.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nazwa Poradni:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**Kod e-skierowania**…………………………………………………………………… | **Rodzaj wizyty\*:**  \*właściwe zaznaczyć „X” |
|  | wizyta pierwszorazowa |
|  | kolejna wizyta |
|  | odwołanie wizyty |
| **D A N E D Z I E C K A :** |
| **Imię i Nazwisko dziecka:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………. | **PESEL dziecka:** (lub rodzica/opiekuna gdy dziecko jeszcze nie ma swojego)……………………………………………………………………. |
| **Data urodzenia dziecka:**……………………………………………………………………. | **Nr kartoteki IPCZD** (jeśli dziecko jest już pacjentem IPCZD):……………………………………………………………………. |
| **Aktualny adres zamieszkania:**………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………. |
| **D A N E R O D Z I C Ó W / O P I E K U N Ó W :**  |
| **Imiona i nazwiska (rodziców/opiekunów): Numer telefonu: Adres e-mail:**…………………………………………………………………… …………………………… …………………………………………..……………………………………………………………………. ………………………….. ………………………………………….. |
| **D A N E U Z U P E Ł N I A J Ą C E :** |
| **Zalecony przez lekarza prowadzącego termin kolejnej wizyty:** …………………………………………………**Informacje o ewentualnej konieczności ustalenia terminu dodatkowych badań zleconych przez lekarza:** ……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………. |