

### Skierowanie do zabiegu wykonania „sztucznych łez”

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 hemoglobiny .....

Poziom płytek .....

Lekarz do kontaktu ..... Tel. ....

.....  
*Data, podpis i pieczęć lekarza  
kierującego do zabiegu*

Wypełnia pacjent

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

.....  
*Data i podpis pacjenta*