**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](mailto: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:** ……………………………………………….…    ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………. | | |