فرم شماره 2 شماره : ..........................

 فرم ارجاع بیمار تاریخ : ..........................

**از: مرکز بهداشتی درمانی ..............................**

**به: روانپزشک محترم و مشاور علمی برنامه بهداشت روان**

**با سلام**

**بیمار خانم / آقای .................................... که به علت .............................................. در تاریخ ..................... مراجعه نموده است با تشخیص احتمالی .................................... جهت معاینه و اقدام تشخیصی و درمانی به حضور معرفی می گردد . به پیوست فرم شرح حال نامبرده جهت استحضار ایفاد می گردد . خواهشمند است پسخوراند ارجاع جهت مراقبت و پیگیری های بعدی به این مرکز ارسال شود .**

 پزشک مرکز بهداشتی درمانی

مهر و امضاء

 فرم شماره 2 شماره : ..........................

 فرم ارجاع بیمار تاریخ : ..........................

 **از: مرکز بهداشتی درمانی ..............................**

**به: روانپزشک محترم و مشاور علمی برنامه بهداشت روان**

**با سلام**

**بیمار خانم / آقای .................................... که به علت .............................................. در تاریخ ..................... مراجعه نموده است با تشخیص احتمالی .................................... جهت معاینه و اقدام تشخیصی و درمانی به حضور معرفی می گردد . به پیوست فرم شرح حال نامبرده جهت استحضار ایفاد می گردد . خواهشمند است پسخوراند ارجاع جهت مراقبت و پیگیری های بعدی به این مرکز ارسال شود .**

 پزشک مرکز بهداشتی درمانی

مهر و امضاء