SKIEROWANIE DO SZPITALA	
	I I I
PESEL	telefon
Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu	nazwa jednostki
	2 ES 2
	adres
oddział REHABILI	
	nazwa oddziału
Rozpoznanie	w języku polskim
	kod (ICD10)
	A I
Termin uzgodnionego przyjęcia	
	podpis i pieczątka lekarza
pieczęć szpitala, adres, telefon numer umowy	dnia20r
miejscowość, data	
11	
Uwagi szpitala: Data zgłoszenia się ze skierowaniem	
100 Get	
Termin przyjęcia do Szpitala	
Informacja dla	a lekarza kierującego
Pacient	
(imię i nazwisko)
Data urodzenia	
Przyczyna ewentualnej odmowy / zlecenia:	
	czytelny podpis i pieczątka lekarza

miejscowość