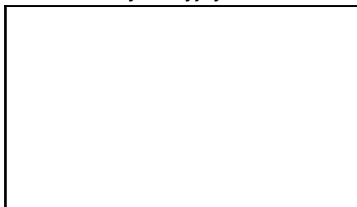


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy



....., dnia r

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana / Panią lat

adres

PESEL telefon

Do; szpitala, szpitala klinicznego, instytutu

nazwa jednostki

W

adres

oddział

nazwa oddziału

Rozpoznanie

w języku polskim

..... kod(ICD 10)

Termin uzgodnionego przyjęcia

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
pieczęć szpitala, adres, telefon
numer umowy

.....
(miejscowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Termin przyjęcia do Szpitala:

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent

(imię i nazwisko)

Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy /

zalecenia:

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza