

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

--	--

., dnia 20. 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 (ICD10) ..

Termin uzgodnionego przyjęcia

.....
podpis i pieczęć 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: