

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny 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(ICD 10).....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć szpitala, adres, telefon
numer umowy
.....
(miejsowość, 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 pieczęć lekarza