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

..... , dnia ..... 20..... r.

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Panią/Pana ..... 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: .....

.....
pieczątka 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 pieczątka lekarza