

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 (ICD10)

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 urodzenia

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

.....
.....