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 pieczątka 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)

[illegible] „[illegible]" [illegible] tel. 022 639 30 41/42 fax 022 639 30 40