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.....

……
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