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 .....

.....
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