

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.....

.....  
pieczęć 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 pieczęć lekarza