

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 - **Szpitalny Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu „MEDYK”**

nazwa jednostki

w **ul. Rybacka 44, 82-103 Jantar**

adres

oddział **REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ**

nazwa oddziału

Rozpoznanie.....

w języku polskim

.....kod(ICD 10).....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczętka 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 ur. **Symbol Oddziału NFZ.....**

Przyczyna ewentualnej odmowy /
zalecenia:.....

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza