

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

.....  
(miejsowość, 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