pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod. nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

....., dnia.....20.....r.

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana /Pana.....,lat.....

adres.....

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ .....telefon.....

Do; szpitala, szpitala klinicznego, instytutu.....
nazwa jednostki

w.....
adres

oddział.....
nazwa jednostki

Rozpoznanie.....
w języku polskim

.....kod (ICD10).....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczątka i podpis lekarza