

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 23 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo - Rehabilitacyjny

nazwa jednostki

w Łądku Zdroju ul. Orla 4

adres

ODDZIAŁ REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ

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