

S-024

--

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Adres

PESEL

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu nazwa jednostki

W adres

oddział nazwa oddziału

Rozpoznanie
w języku polskim

..... kod (ICD10)

Termin uzgodnionego przyjęcia

.....
czytelny podpis, pieczęta lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon, numer umowy

--	--

....., dnia 20 r.

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Termin przyjęcia do szpitala

Informacja dla lekarza kierującego

Pacijent Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia:

.....

.....
czytelny podpis, pieczęć lekarza