Nazwa podmiotu kierującego, adres, nr telefonu

Kod identyfikacyjny, nazwa jednostki organizacyjnej i kod resortowy (ZOZ-y)

nazwa komórki organizacyjnej i kod resortowy (Zoz-y),

nr wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską

(indywidualne i grupowe praktyki lekarskie)

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

 **SKIEROWANIE DO SZPITALA**

Kieruję Pana / Panią............................................................................ data urodzenia..........................

 Imię i nazwisko

Oznaczenie płci……………………………

adres.......................................................................................................................................................

PESEL..........................................telefon...........................

Do; szpitala, szpitala klinicznego, instytutu.........................................................................................

 nazwa jednostki

w.........................................................................................................................................................

 adres

oddział.................................................................................................................................................

 nazwa oddziału

Rozpoznanie........................................................................................................................................

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

Termin uzgodnionego przyjęcia..........................................................................................................

 ……………………………………….

 Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,

 uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu

 podpis

**......................................................................................................................................**

pieczęć szpitala, adres, telefon

numer umowy ................................................

 (miejscowość, 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: .............................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

 ……... ………………………..

 podpis i pieczątka lekarza