

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,  
kod, nazwa komórki organizacyjnej,  
numer identyfikacyjny (UMOWY) 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 (ICD10) .....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

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: .....

.....

.....