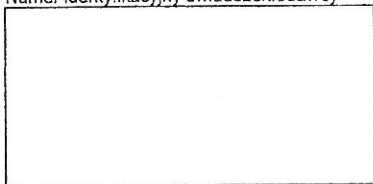


Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
kod, nazwa komórki organizacyjnej
Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy



....., dnia20.....r.
(miejsowość)

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 (ICD 10)

Termin uzgodnionego przyjęcia