pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy
VII i VIII kod resortowy

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

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana / Panią.....lat.....

adres.....

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ telefon .....

Do: ***Centrum Rehabilitacji dla Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane im. Jana Pawła II,***
nazwa jednostki

w ***78-449 Borne Sulinowo, ul. Szpitalna 5***
adres

oddział.....***Oddział/Ośrodek Dzienny***.....
nazwa oddziału

Rozpoznanie kod(ICD 10) **G35**

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczątka i podpis 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: .....
.....
.....

.....
czytelny podpis i pieczątka lekarza