

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

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

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana / Panią.....lat.....

adres.....

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

Do szpitala - **Szpital Rehabilitacyjny „JANTAR”**
nazwa jednostki

w **ul. Rybacka 15, 82-103 Jantar**
adres

oddział **REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ**
nazwa oddziału

Rozpoznanie.....
w języku polskim

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

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
pieczęć szpitala, adres, telefon numer umowy

(miejsowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem.....

Termin przyjęcia do Szpitala:.....

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent.....
(imię i nazwisko)

Data ur. **Symbol Oddziału NFZ.....**

Przyczyna ewentualnej odmowy/ zalecenia:

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

.....

czytelny podpis i pieczętka lekarza