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

Załącznik nr do umowy

.....,dnia.....2006r

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana / Panią.....lat.....

adres.....

PESEL □□□□□□□□□□□.....telefon.....

Do; szpitala, szpitala klinicznego, instytutu- **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Neptun”**
nazwa jednostki

w **ul. Górska 7 83-315 SZYMBARK**
adres

oddział **REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ**
nazwa oddziału

Rozpoznanie.....
w języku polskim

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

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczątka i podpis lekarza

Proszę odwrócić

.....

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. ..... **Symbol Oddziału NFZ……..**

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia: .....
.....
.....
.....
.....

.....
czytelny podpis i pieczątka lekarza