

miejsowość .....

data wystawienia .....

## SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią ..... lat .....

Adres .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon .....

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu .....  
nazwa jednostki

w .....

oddział **REHABILITACJI** <sup>adres</sup> **KOD 4300**  
nazwa oddziału

Rozpoznanie .....  
w języku polskim

..... kod (ICD10) .....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon  
numer umowy  
miejsowość, data

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

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin przyjęcia do Szpitala .....

### Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent .....  
(imię i nazwisko)

Data urodzenia .....

Przyczyna ewentualnej odmowy / zlecenia: .....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza