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

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

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 .....

.....
pieczątka i podpis lekarza

admed® MEDICAL PARTNER

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin przyjęcia do Szpitala .....

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent .....
imię i nazwisko

Data urodzenia .....

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia: .....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczątka lekarza

admed® MEDICAL PARTNER