

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

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

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

Kieruję Pana / Panią lat

adres

PESEL telefon

Do: Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
nazwa jednostki

W
adres

oddział
nazwa oddziału

Rozpoznanie
w języku polskim

..... kod (ICD10)

Termin uzgodnionego przyjęcia

.....
podpis i pieczęć lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon,
numer umowy

.....
(miejsowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Termin przyjęcia do Z.O.L.

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent
(imię i nazwisko)

Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza