

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

Skierowanie do szpitala

Data wystawienia --

Dane pacjenta

Oddział NFZ PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwisko

Imię

Imię drugie

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Adres

Kod pocztowy Miejscowość Ulica Nr domu Nr lokalu Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Proszę o przyjęcie i leczenie pacjenta w oddziale

Nazwa jednostki i adres

Oddział

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

U pacjenta rozpoznano

Kod rozpoznania ICD-10 Opis rozpoznania

Nr procedury NFZ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Kod rozpoznania
współistniejącego

Opis rozpoznania

Nr procedury NFZ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Pacjent

stabilny

pilny

Pieczęć lekarza
(zawierająca nr prawa wyk. zawodu)
i podpis

<input type="text"/>
