....................................

*Nr umowy.*

........................... dnia ................................

pieczęć zakładu

# SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

KIERUJE SIĘ PANA/PANIĄ ...................................................................................................

 *(imię i nazwisko pacjenta)*

WIEK ......................... PESEL ...........................................................................................

ADRES ........................................................................................................................................

 *(Miasto, gmina, miejscowość, ulica, nr domu, kod pocztowy*)

DO ...........................................................................................................................

W ..................................................................................................................................................

ODDZIAŁ.....................................................................................................................................

ROZPOZNANIE wg ICD – 10 WRAZ Z KODEM ..................................................................

 ..................................................................................... ................................................................

INNE WAŻNE INFORMACJE / UWAGI .................................................................................

.......................................................................................................................................................

 .................................

 *Pieczątka i podpis lekarza*

Uzasadnienie skierowania :

**Uwaga**: Do skierowania należy dołączyć wyniki badań diagnostycznych, legitymację ubezpieczeniową lub inny dowód uprawniający do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego