

Oznaczenie podmiotu
wystawiającego skierowanie*

Ciechanów, dn.

SKIEROWANIE DO SZPITALA / PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

.....
(oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kierowany jest pacjent)

Imię i nazwisko pacjentapłeć.....

Miejsce zamieszkania.....

Data urodzenia.....Pesel.....

Rozpoznanie.....

..... Kod (ICD10).....

Inne informacje lub wyniki badań diagnostycznych.....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

Należy dołączyć informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do hospitalizacji/leczenia.

Oznaczenie osoby kierującej*

* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 XII 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252,poz.1697 z późn. zm.)

Oznaczenie podmiotu
wystawiającego skierowanie*

Ciechanów, dn.

SKIEROWANIE DO SZPITALA / PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

.....
(oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kierowany jest pacjent)

Imię i nazwisko pacjentapłeć.....

Miejsce zamieszkania.....

Data urodzenia.....Pesel.....

Rozpoznanie.....

..... Kod (ICD10).....

Inne informacje lub wyniki badań diagnostycznych.....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

Należy dołączyć informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do hospitalizacji/leczenia.

Oznaczenie osoby kierującej*

* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 XII 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252,poz.1697 z późn. zm.)