

_____, dnia _____ 20____ roku

miejsowość

WAŻNE

Jednostka kierująca: _____

VII cz. Kodu resortowego: _____

VII cz. Kodu resortowego: _____

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

Kieruję Pana/ Panią:

Imię i nazwisko

lat _____ PESEL _____

adres _____

telefon _____

*Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
kod, nazwa komórki organizacyjnej, numer identyfikacyjny
(UMOWY) i świadczeniodawcy*

do: **Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w ZOZ Medpharma S.A.**

nazwa jednostki

w: **Nowej Wsi Rzecznej ul. Leśna 1A**

adres

oddział: **Zakład Opiekuńczo Leczniczy (ZOL)**

nazwa oddziału

Rozpoznanie (w języku polskim) _____

_____ kod (ICD 10) _____

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 _____ Data urodzenia _____

Imię i nazwisko

Przyczyna ewentualnej odmowy /zalecenia: _____

czytelny podpis i pieczęć lekarza