

_____, dnia _____ 20 ____ r.

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_____
miejsce, data

UWAGI SZPITALA:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem _____ *Pieczęć szpitala, adres, telefon, numer umowy*

Termin przyjęcia do Z.O.L. _____

Informacja dla lekarza kierującego _____

Pacjent _____ data urodzenia _____

Przyczyna ewentualnej odmowy /zalecenia: _____

czytelny podpis i pieczęć lekarza**MEDPHARMA ZOZ S.A.**
Al. Jana Pawła II 5
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECNICZE MEDPHARMA**
Al. Jana Pawła II 5
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774**FILIA POLPHARMA**
Ul. Pelplińska 19
83-200 Starogard
Gdański**FILIA BOBOWO**
Ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo**FILIA KALISKA**
Ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska**FILIA OSIECZNA**
Ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna**FILIA DZIEMIANY**
Ul. Wyzwolenia 2
83-425 Dziemiany