

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

....., dnia ..... 20 ..... r.

## SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią ..... lat .....

Adres .....

PESEL ..... telefon rodzica/opiekuna prawnego .....

Do: Szpitala Rehabilitacyjnego Hematologicznego dla dzieci ORLIK w Kudowie Zdroju  
nazwa jednostki

ul. Bukowina 1, 57-350 Kudowa Zdrój, tel. 74/ 866 32 62, fax. 74/845 83 91

[www.sanatoria-dolnoslaskie.pl](http://www.sanatoria-dolnoslaskie.pl)

adres

oddział Rehabilitacyjny

(nazwa oddziału)

Rozpoznanie .....

(w języku polskim)

kod (ICD 10) .....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

pieczęć szpitala, adres, telefon  
numer umowy

....., dnia ..... 20 ..... r.

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin przyjęcia do Szpitala: .....

### Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent .....  
(imię i nazwisko) ..... Data ur. ....

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia: .....

.....  
(czytelny podpis i pieczęć lekarza)