

ORYGINAŁ/KOPIA (niepotrzebne skreślić)

.....
Miejscowość i data

Pieczęć nagłówkowa Świadczeniodawcy Kierującego

Identyfikator umowy Świadczeniodawcy
z Kasą Chorych

Nr kolejny skierowania

SKIEROWANIE DO SPECJALISTY

Do użytku wewnętrznego

.....
Nazwa i kod poradni

--	--	--	--

Proszę o:☐Poradę specjalistyczną
(świadczenie kompleksowe pierwszorazowe)☐

Poradę specjalistyczną wielokrotną - kolejną

Liczba porad ☐Konsultację specjalistyczną
(świadczenie konsultacyjne jednorazowe)☐

Objęcie opieką pacjenta na okres miesięcy

Pacjent:.....
Nazwisko.....
Imię.....
Adres - miejscowość, ulica, numer domu/nr lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
numer ubezpieczeniowy (jeżeli został nadany)

--	--	--

Nr Kasy Chorych

Rozpoznanie

--	--	--	--	--

Jednostka chorobowa wg ICD-10

Cel skierowania

--	--	--	--	--	--

Wyniki badań i opis postępowania w załączeniu

Kierujący zobowiązuje się do opłacenia zleconych świadczeń w terminie 14 dni od daty otrzymania rachunku od realizującego oraz po cenie obowiązującej w umowach DRKCh, jeżeli w zawartej pomiędzy stronami odrębnej umowie nie ustalono innego terminu i innych cen, nie wyższych niż w cenniku DRKCh.

.....
Pieczęć imienna i podpis lekarza

UWAGA! Skierowanie nieczytelne oraz bez oznaczonych gwiazdką danych (jeżeli są możliwe do uzyskania) nie jest ważne.