

ORYGINAŁ/KOPIA (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ)

Pieczęć nagłówkowa
Świadczeniodawcy Kierującego

Identyfikator umowy
Świadczeniodawcy z Kasą Chorych*

--

Numer kolejny skierowania

Miejscowość* i data*

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Do użytku wewnętrznego „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego”

Proszę o przyjęcie do oddziału:

Nazwa* i kod oddziału

Pacjent:

Nazwisko*

Imię*

Adres*- miejscowość, ulica, numer domu/numer lokalu

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

PESEL*

numer ubezpieczeniowy (jeżeli został nadany)

--	--	--

Nr Kasy Chorych

1. Rozpoznanie*(przyczyna skierowania) wg ICD 10 (5 znakowe)

Podstawowe

--	--	--	--	--

Współlistniejące.....

2. Cel skierowania* (procedury wg ICD 9 CM)

Podstawowy

--	--	--	--	--

Inne

3. Uzasadnienie konieczności hospitalizacji*

Wyniki badań i opis dotychczasowego postępowania w załączeniu TAK/NIE

Pieczęć imienna* i podpis lekarza*

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