

(pieczęć świadczeniodawcy wystawiającego)

**Skierowanie do: zakładu pielęgnacyjno-
opiekuńczego / opiekuńczo-leczniczego ***
(właściwe podkreśli)

Data wystawienia

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

Dane pacjenta

Oddział NFZ	PESEL	Numer karty ubezpieczenia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazwisko	Imię	Imię drugie		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adres				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skierowanie

Proszę o leczenie pacjenta		w	<input type="text"/>	Kod kom. org.
<input type="text"/>				
U pacjenta rozpoznano				
Kod ICD10 rozp. Zasadniczego	Rozpoznanie	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kod rozpoz. współistniejącego	Rozpoznanie	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kategorie medyczne: 1) przypadek pilny 2) przypadek stabilny		Pieczęć i podpis lekarza kierującego		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Uwagi				
<input type="text"/>				