

100

Copyright © 2007 John Wiley & Sons, Ltd.

[illegible]

Rozpoznanie

Kod (ICD 10) _____

Termin uzgodnionego przyjęcia

pieczętka i podpis lekarza

miejsowość	data
------------	------

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Termin przyjęcia do Szpitala: _____

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent: Imię i Nazwisko _____

Data ur. 04.10.2004 12:00:00

Przyczyny ewentualnej odmowy/zlecenia

niemceńka i podnieś lekarza