

miejsowość

dnia

kod e-Skierowania

SKIEROWANIE DO SZPITALA

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

PODODDZIAŁ ONKOLOGICZNY I



GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY

IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO
UNIwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Polna 33, 60-535 Poznań

Odcinek wypełnia Lekarz Kierujący

Kieruję Panią _____

zamieszkałą _____

tel. kontaktowy PESEL

na Oddział z następującym rozpoznaniem*:

*opis w w języku polskim

KOD (ICD 1-0) Kod Resortowy
Oddziału 4450_____
pieczęćka i podpis lekarza kierującego

Odcinek wypełnia Pacjentka

SKIEROWANIE WYMAGA KWALIFIKACJI GPSK

W sprawie uzgodnienia terminu przyjęcia proszę się kontaktować telefonicznie

w dni robocze od 10:00 do 14:00 pod numerem (+48) 61 8419 667W uzgodnionym terminie przyjęcia, data godzina prosimy o zgłoszenie się

do Izby Przyjęć

wejście/wjazd od ul. Jackowskiego, budynek B, wejście B1, Parter