

--

--

Pieczęć nagłówkowa Świadczeniodawcy
Kierującego*Identyfikator umowy
Świadczeniodawcy z Kasą Chorych*

Numer kolejny skierowania

Miejscowość i data*

SKIEROWANIE DO SPECJALISTY

--	--	--	--

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/numer lokalu

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

--	--	--	--

PESEL*

numer ubezpieczenia* (jeżeli został nadany) Nr Kasy Chorych*

Rozpoznanie*

--	--	--	--

--	--

jednostka chorobowa wg ICD 10

2. Cel skierowania*

--	--	--

--	--	--	--

procedura wg ICD 9

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 z DRKCh, o ile w zawartej pomiędzy stronami odrębnej umowie nie ustalono innego terminu i innych cen, nie wyższych jednak 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.