

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ r.

Jednostka kierująca: \_\_\_\_\_

VII cz. Kodu resortowego: \_\_\_\_\_

VIII cz. Kodu resortowego: \_\_\_\_\_

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

Kieruję Pana/ Panią:

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

lat \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,  
kod, nazwa komórki organizacyjnej, numer  
identyfikacyjny (UMOWY)  
i świadczeniodawcy

do: Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w ZOZ Medpharma S.A.

*nazwa jednostki*

w: Nowej Wsi Rzecznej ul. Leśna 1A

*adres*

oddział: Zakład Opiekuńczo Leczniczy (ZOL)

*nazwa oddziału*

Rozpoznanie (w języku polskim) \_\_\_\_\_

kod (ICD 10) \_\_\_\_\_ termin uzgodnionego przyjęcia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarza

\_\_\_\_\_  
miejscowość, data

### UWAGI SZPITALA:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem \_\_\_\_\_  
*Pieczęć szpitala, adres, telefon, numer umowy*

Termin przyjęcia do Z.O.L. \_\_\_\_\_

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent \_\_\_\_\_ data urodzenia \_\_\_\_\_

Przyczyna ewentualnej odmowy /zalecenia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5a  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
ul. Leśna 1a, Nowa Wieś Rzeczna  
83-200 Starogard Gdański

**FILIA POLPHARMA**  
ul. Pelplińska 19  
83-200 Starogard Gdański

**FILIA BOBOWO**  
ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna