

**KLINIKA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII WUM**

**UL. BANACHA 1A, 02-097 WARSZAWA**

**TEL.: (22) 599-29-75 / (22) 599-26-75**

**FAX.: (22) 599-19-75**

**endosek@wum.edu.pl**

**ZGŁOSZENIE DO HOSPITALIZACJI**

**PACJENT** .....

**PESEL** .....

**TELEFON** .....

**ADRES** .....

**ROZPOZNANIE**

.....

.....

.....

**ICD 10** .....

**UZASADNIENIE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INNE**

.....

.....

.....

**TRYB CITO**

**TRYB ZWYKŁY**

PODPIS I PIECZĄTKA  
LEKARZA KIERUJĄCEGO