

....., dnia ..... 20....r.

## SKIEROWANIE DO OŚRODKA/ODDZIAŁU REHABILITACJI DZIENNEJ

.....  
nazwa ośrodka/oddziału

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana)..... data urodzenia.....  
Imię i nazwisko

Oznaczenie płci.....

Adres

zamieszkania.....  
.....

NR PESEL ..... telefon.....

Rozpoznanie.....

..... kod(ICD10).....

Cel (uzasadnienie).....

Badania dotychczas

wykonane.....

.....

.....

.....  
Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,  
uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu  
podpis, pieczęćka

Uwagi ośrodka/oddziału dziennego:.....

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady (kwalifikacji do ośrodka/oddziału).....