

.....
miejsowość

data

SKIEROWANIE DO OŚRODKA / ODDZIAŁU REHABILITACJI DZIENNEJ

.....
nazwa ośrodka / oddziału

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym:

Panią (Pana)
imię i nazwisko oraz data urodzenia

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, pieczęć

Uwagi ośrodka / oddziału dziennego:

Data zgłoszenia pacjenta:

Termin wyznaczonej porady: