Nazwa podmiotu kierującego, adres, nr telefonu

Kod identyfikacyjny, nazwa jednostki organizacyjnej i kod resortowy (ZOZ-y)

nazwa komórki organizacyjnej i kod resortowy (Zoz-y),

nr wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską

(indywidualne i grupowe praktyki lekarskie)

|  |
| --- |
|  |
|  |

...............................,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, pieczątka

Uwagi ośrodka/oddziału dziennego:………………………….

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem......................

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