

....., 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, pieczęć

Uwagi ośrodka/oddziału dziennego:.....

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

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