

.....  
pieczęć podmiotu kierującego

.....  
Data, miejscowość

# SKIEROWANIE

## DLA CELÓW REHABILITACJI LECZNICZEJ

### w warunkach szpitalnych – stacjonarnie

#### ODDZIAŁ REHABILITACJI

.....

- 1. Nazwisko i imię ..... 2. Data urodzenia .....
- 3. Adres do korespondencji .....
- .....
- 4. Numer PESEL .....
- 5. Telefon kontaktowy pacjenta – **obowiązkowo** .....
- 6. Adres poczty elektronicznej (e-mail) – **obowiązkowo** .....
- 7. Nr statystyczny choroby wg. ICD -10 .....

**8. Rozpoznanie choroby zasadniczej, z powodu której kieruje się chorego na stacjonarne leczenie rehabilitacyjne ( w języku polskim)**

.....

.....

.....

**9. Data zachorowania ewent. wypadku i skrócony przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczasowej rehabilitacji.**  
**W przypadku kierowania na rehabilitację pulmonologiczną podać ilość zaostrzeń w ciągu roku kalendarzowego.**

.....

.....

.....

**10. Poprzednie pobyty w oddziałach rehabilitacji leczniczej (wymienić).**  
**W przypadku kierowania na rehabilitację neurologiczną wymienić kolejne pobyty w oddziałach rehabilitacji neurologicznej.**

.....

.....

.....

.....

.....

lekarz oddziału/poradni kierującej na rehabilitację  
pieczęć i podpis