

.....
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