

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

.....dnia.....20.....r.

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU REHABILITACJI LECZNICZEJ

Kieruję Pana / Panią.....lat.....

adres.....

PESEL.....telefon.....

Do; szpitala, szpitala klinicznego, instytutu-

**„MEDYK”
UL. RYBACKA 44/15
82-103 JANTAR**

adres

oddział **REHABILITACJI STACJONARNEJ**
nazwa oddziału

Rozpoznanie.....

w języku polskim

.....kod(ICD 10).....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

Warunkiem przyjęcia skierowania do kwalifikacji jest wypełnienie powyższego kwestionariusza oraz dostarczenie kserokopii ostatnich hospitalizacji lub innych dokumentów potwierdzających rozpoznanie. Dokumenty należy dostarczyć osobiście, listownie lub fax-em.

.....
pieczęć szpitala, adres, telefon numer umowy

(miejscowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem.....

Termin przyjęcia do Szpitala:.....

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent.....
(imię i nazwisko)

Data ur.

Symbol Oddziału NFZ.....

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

.....

.....

.....

czytelny podpis i pieczęć lekarza