



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

SKIEROWANIE DO OŚRODKA/ODDZIAŁU REHABILITACJI DZIENNEJ DZIECI

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, pieczęćka

Uwagi ośrodka/oddziału dziennego:.....

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.

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