



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

SKIEROWANIE DO OŚRODKA lub ODDZIAŁU REHABILITACJI DZIENNEJ

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana).....dataurodzenia.....

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