

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

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

SKIEROWANIE DO PORADNI REHABILITACYJNEJ

.....
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESEL telefon

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....