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

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

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO OŚRODKA REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

.....
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 pieczątka lekarza kierującego

właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:
Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....
Termin wyznaczonej porady.....