



*(CZYTELNA pieczęć poradni specjalistycznej,
 poradni lekarza rodzinnego lub innej jednostki kierującej,
 działającej w ramach NFZ
 CZYTELNY numer umowy z NFZ, REGON, NIP)*

.....dnia.....
 (miejscowość)

**SKIEROWANIE DO OŚRODKA/ODDZIAŁU POBYTU DZIENNEGO
 REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ
 KOD: 2300**

Kieruję Pana/Panią.....
 Adres.....
Telefon.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KOD ICD – 10

--

Rozpoznanie.....

Cel skierowaniarehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym.....

Choroby przebyte i współistniejące (np. rozrusznik serca, implanty metalowe) mogące mieć wpływ na proces rehabilitacji

.....
 (pieczęć, podpis lekarza)