



(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 DZIENNEGO DLA DZIECI
Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO
KOD: 2301**

Kieruję Pana/Panią..... Wiek.....

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)