.....dnia.....

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

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

Kieruję Pana/Panią.....

Adres.....

Telefon.....

PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

KOD ICD-10 .....

Rozpoznanie .....
.....
.....

Cel skierowania ..... rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym .....
.....

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

.....
(pieczęć, podpis lekarza)