

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
Kod, nazwa komórki organizacyjnej
Numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

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

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

REHABILITACJI

.....
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

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady

* właściwe podkreślić