

**UWAGA: Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostało zarejestrowane w NZOZ Panorama Morska w terminie 30 dni od daty wystawienia.**

....., dnia .....  
(miejsowość)

*(CZYTELNA pieczętka poradni specjalistycznej, poradni lekarza rodzinnego  
lub innej jednostki kierującej działającej w ramach struktur NFZ  
CZYTELNY nr UMOWY z NFZ, REGON i NIP)*

**SKIEROWANIE DO OŚRODKA/ODDZIAŁU POBYTU DZIENNEGO  
REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ  
Health Resort & Medical SPA PANORAMA MORSKA  
Zakład Opieki Zdrowotnej w Jarosławcu**

NAZWISKO ....., IMIĘ .....

**Adres zameldowania/zamieszkania:**

miejsowość ....., ulica .....,

nr domu ....., nr mieszkania ....., kod pocztowy .....

nr. tel. kontaktowego .....

PESEL

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

kod ICD-10

--

Rozpoznanie wstępne i opis dysfunkcji (w języku polskim): .....

.....  
.....  
.....

Cel skierowania:

**rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym**

.....

Choroby przebyte i współistniejące, oraz inne czynniki (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji:

.....  
.....  
.....

*(podpis i czytelna pieczętka lekarza kierującego)*