

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

....., dnia
(miejscowość)

*(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 PORADNI REHABILITACYJNEJ
NZOZ Pomorskie Centrum Rehabilitacji
Sanatorium PANORAMA MORSKA w Jarosławcu**

NAZWISKO, **IMIE**

Adres zameldowania/zamieszkania:

miejscowość, ulica,
nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy
nr. tel. kontaktowego

PESEL

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

kod ICD-10

--

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

Cel skierowania:

porada lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, ambulatoryjne zabiegi fizjoterapeutyczne,
.....

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)