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

Pieczątka podmiotu leczniczego

**SKIEROWANIE NA PEŁNOPŁATNĄ REHABILITACJĘ**

Nazwisko i imię pacjenta:............................................................................................................

PESEL.........................................................................................................................................

Adres zamieszkania:....................................................................................................................

Nr telefonu:.................................................................................................................................

Rozpoznanie wg ICD –10 ...........................................................................................................

Uzasadnienie skierowania:..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czy nierozpoczęcie rehabilitacji grozi pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta:

□ TAK □ NIE

………………………………… …………………………………..

(data) (pieczęć i podpis lekarza )