

Pieczeńć jednostki kierującej, adres, telefon, kod,
nazwa komórki organizacyjnej,
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Szczecin,



**SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO
W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM**

Kieruję pacjenta lat

Adres:.....

PESEL.....do ośrodka dziennego rehabilitacji dzieci z zaburzeniami
wieku rozwojowego.

Rozpoznanie:

.....
.....

(w języku polskim)

Kod (ICD -10).....

Cel.....

**DANE OBOWIĄZKOWE DO UZUPEŁNIENIA / NIE DOTYCZY
(MIEJSCE NIE MOŻE ZOSTAĆ PUSTE)**

Choroby przebyte i współistniejące

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

Wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo – oddechowego lub metal
w ciele pacjenta lub przyjmowane leki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji

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

.....

Pieczeńć i podpis lekarza