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

……..dnia:……. 20…..

SKIEROWANIE DO OŚRODKA REHABILTACJI

REHABILITACJA DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO W OŚRODKU DZIENNYM

Kieruję pana / Panią …… lat ……..

Adres: …….

PESEL | | | | | | | | | | | | | Telefon: …….

do ośrodka dziennego rehabilitacji

nazwa ośrodka

Rozpoznanie: ……..

w języku polskim

…….

……Kod (ICD -10)…….

Cel……..

…….

…….

podpis i pieczątka lekarza