ORYGINAŁ / KOPIA

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

..... dnia ..... 201.....r.

SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU DZIENNEJ REHABILITACJI DLA DZIECI

.....
nazwa poradni

Panią (Pana)..... lat .....

Adres .....

PESEL | | | | | | | | | | | telefon .....

Rozpoznanie .....
(w języku polskim)

..... kod(ICD10) .....

.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego

* właściwe podkreślić

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Termin wyznaczonej porady .....

Druk1307T: amizgraf - Zgorzelec - ul.Powstańców Śl. 5A - tel. 75 64 93 420 - www.amizgraf.pl