



.....
(pieczęta podmiotu leczniczego)

SKIEROWANIE NA PEŁNOPŁATNĄ REHABILITACJĘ PO COVID-19

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania / korespondencji:

Miejscowość: Kod pocztowy: Poczta:

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:

Nr telefonu: Adres e-mail:

Rozpoznanie wg ICD – 10:

Uzasadnienie skierowania:

.....

.....

Czy nierozpoczęcie rehabilitacji grozi pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta:

TAK

NIE

.....
data

.....
pieczęta i podpis lekarza