

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

....., dnia ..... 20 ..... r.

## SKIEROWANIE DO OŚRODKA REHABILITACJI DZIENNEJ

.....  
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym\*

Panią (Pana) ....., lat .....

Adres .....

PESEL  telefon .....

Rozpoznanie .....  
(w języku polskim)

.....  
..... kod(ICD 10) .....

Cel porady (uzasadnienie) .....

.....  
.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....  
.....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Termin wyznaczonej porady .....