

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



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

SKIEROWANIE

Kieruję Pana / Panią.....lat.....

Adres.....

PESEL

Telefon.....

Do; **Bonifraterskie Centrum Rehabilitacji pw. Św. Benedykta Menni**

Os. Marysin 1, 63-820 Piaski

oddział **Rehabilitacji Neurologicznej**

Rozpoznanie.....

w języku polskim

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

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć ośrodka, adres, telefon
numer umowy

.....
(miejscowość, data)

Uwagi:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem.....

Termin przyjęcia:.....

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent.....
(imię i nazwisko)

Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:
.....
.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza