………………………………………

Pieczęć nagłówkowa zlecającego miejscowość i data

**Skierowanie na ogólnoustrojową rehabilitację leczniczą w warunkach ośrodka/oddziału dziennego**

Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.

57-200 Stoszowice 107

Tel. 575 991 444

**e-mail:** [**rehabilitacjaoddzial@bczwroc.pl**](mailto:rehabilitacjaoddzial@bczwroc.pl)

**1. Dane pacjenta**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………

PESEL

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy - miejscowość ………………………………………………

Ulica …………………………………………………… nr domu …………………………………

Telefon ……………………………………… Oddział NFZ ………………………………………

**2. Dane kliniczne**

Rozpoznanie w języku polskim ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10

Przyczyna skierowania na rehabilitację oraz cel rehabilitacji ………………………………………

…………………………………………………………………………………..……………………

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

Choroby współistniejące ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

podpis i pieczątka lekarza kierującego

Warunkiem przyjęcia skierowania do kwalifikacji jest wypełnienie powyższego kwestionariusza oraz dostarczenie kserokopii ostatnich hospitalizacji lub innych dokumentów potwierdzających rozpoznanie.

Dokumenty należy dostarczyć: osobiście lub listownie.