

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

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

SKIEROWANIE DO OŚRODKA REHABILITACYJNEGO

Kieruję Pana / Panią lat

adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon

DO OŚRODKA REHABILITACYJNEGO DLA DZIECI W POZNANIU - KIEKRZU

oddział
nazwa oddziału

rozpoznanie
w języku polskim

..... kod (ICD 10)

termin uzgodnionego przyjęcia

.....
pieczęć i podpis lekarza

Stopień sprawności dziecka /odpowiednie zakreślić/

- | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------|
| - lokomocja | <input type="checkbox"/> | samodzielna | <input type="checkbox"/> | wózek | <input type="checkbox"/> | kule | <input type="checkbox"/> | leżący |
| - samoobsługa | <input type="checkbox"/> | pełna | <input type="checkbox"/> | z pomocą | <input type="checkbox"/> | całkowicie niesamodzielny | | |
| - kontakt z otoczeniem | <input type="checkbox"/> | dobry | <input type="checkbox"/> | ograniczony | <input type="checkbox"/> | znacznie ograniczony | | |

.....
/pieczęć imienna lekarza z podpisem
i numerem prawa wykonywania zawodu/