

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/