

Pieczętka podmiotu kierującego
z numerem umowy z Oddziałem NFZ

_____ dnia _____ r.

SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU REHABILITACYJNEGO
SZPITALA POWIATOWEGO IM. JANA PAWŁA II W TRZCIANCE

Imię i nazwisko _____

Adres _____
(kod – miejscowość, ulica, numer domu, mieszkania)

Data urodzenia _____ PESEL _____ Tel. _____

Rozpoznanie _____
_____ kod ICD 10 _____

Choroby współistniejące _____

Wydolność układu krążeniowo-oddechowego _____

Pobierane leki _____

LOKOMOCJA

Sprawna		Leżący		Wózek inwal.		Balkonik		Kule		Laska/inne	
TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE

SAMOOPSŁUGA

Pełna		Toaleta		Jedzenie		Ubieranie		Potrzeby fizjolog.	
TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE

Pobyty w Oddziale Rehabilitacji w Trzciance		Jesli TAK, to ile razy?	Data ostatniego pobytu
TAK	NIE		

VERTE!

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Pieczętka jednostki, numer umowy z NFZ

Trzcianka, dnia _____

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO

Data zgłoszenia się ze skierowaniem _____

Termin przyjęcia w oddział rehabilitacyjny _____

Imię i nazwisko pacjenta _____

Data urodzenia _____ Pesel _____

Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia _____

Podpis i pieczętka kierownika oddziału