

Pieczęć nagłówkowa zlecającego
(kody resortowe VII oraz VIII część)

.....
miejscowość i data

Skierowanie na ogólnoustrojową rehabilitację leczniczą w warunkach stacjonarnych

Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „WIGOR”

Zakład Opiekuńczo-Leczniczo-Rehabilitacyjny

Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej

ul. Pomorska 26, 05-120 Legionowo

tel. 22 690 00 99, email: info@wigor.org

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy

--	--

 -

--	--	--	--

 miejscowość

Ulica nr domu

Telefon Oddział NFZ

2. Dane kliniczne

Główne rozpoznanie w języku polskim

.....

Główne rozpoznanie - kod jednostki chorobowej wg ICD-10

--	--	--	--

 .

--

Przyczyna skierowania na rehabilitację oraz cel rehabilitacji

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

Choroby współistniejące - kod jednostki chorobowej wg ICD 10

--	--	--	--

 .

--

 ,

--	--	--	--

 .

--

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Warunkiem przyjęcia **oryginału** skierowania do kwalifikacji jest wypełnienie powyższego kwestionariusza oraz dostarczenie kserokopii ostatniej hospitalizacji lub innych dokumentów potwierdzających rozpoznanie, brak przeciwwskazań do czynnego leczenia rehabilitacyjnego i opinię o stopniu samoobsługi. Dokumenty należy dostarczyć: osobiście, listownie.