

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego

**SKIEROWANIE NA PEŁNOPŁATNĄ REHABILITACJĘ PO COVID -19**

Nazwisko i imię pacjenta:.....

PESEL .....

Adres zamieszkania / korespondencji:

.....  
(ulica – nr domu i mieszkania)      (kod pocztowy)      (miejscowość)

Nr telefonu:.....

Rozpoznanie wg ICD – 10 .....

Uzasadnienie skierowania:

.....  
.....

Czy nierozpoczęcie rehabilitacji grozi pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta:

TAK

NIE

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza )