

Pieczęć jednostki kierującej  
Oddziału Szpitalnego lub Poradni

.....

Dnia.....20.....r.

## SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią ..... lat .....

Adres .....

PESEL 

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

 telefon .....

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu .....

.....  
*nazwa jednostki*

W.....  
*adres*

Oddział: **Rehabilitacji Dzielnej**

Rozpoznanie .....  
*w języku polskim*

.....

kod ICD-10 ..... Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
*podpis lekarza*

Podpis lekarza oddziału neurologicznego lub neurochirurgicznego lub chirurgicznego lub urazowo-ortopedycznego lub reumatologicznego (W uzasadnionych przypadkach podpis lekarza oddziału chorób wewnętrznych lub onkologii lub ginekologii lub urologii.) albo Podpis lekarza poradni rehabilitacyjnej lub neurologicznej lub reumatologicznej lub urazowo-ortopedycznej.