

Pieczęć nagłówekowa zlecającego

miejsowość i data

## Skierowanie na rehabilitację ambulatoryjną po przebytej chorobie COVID-19

„UZDROWISKO RABKA" S.A.

ul. Orkana 49

34-700 Rabka-Zdrój

### 1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko: .....

PESEL:

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

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy: 

--	--

 — 

--	--	--	--

 Miejscowość: .....

Ulica: ..... nr domu: .....

Telefon: ..... Oddział NFZ: .....

### 2. Dane kliniczne

Rozpoznanie w j. polskim: .....

.....

.....

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10:

--	--	--

Przyczyna skierowania na rehabilitację, oraz cel rehabilitacji: .....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące: .....

.....

.....

Przeciwwskazania do zabiegów: .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza kierującego