

Pieczęć nagłówkowa zlecającego

.....  
miejsowość i data

Skierowanie na ogólnoustrojową rehabilitację leczniczą w warunkach stacjonarnych

„UZDROWISKO RABKA” S.A.  
Ul. Orkana 49, 34-700 Rabka-Zdrój  
Uzdrowisko Rabka -Szpital„Rabczański Zdrój” 34-700 Rabka Zdrój, ul. Roztoki 7  
ODDZIAŁ STACJONARNEJ REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ DLA DOROSŁYCH  
rejestracja tel. 18 26 93 410 (pon-pt 9:00 - 13:00)  
e-mail rejestracja-reh@uzdrowisko-rabka.pl www: uzdrowisko-rabka.pl

---

### 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: .....

.....  
.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza kierującego

warunkiem przyjęcia skierowania do kwalifikacji jest wypełnienie kwestionariusza oraz dostarczenie kserokopii ostatnich hospitalizacji lub innych dokumentów potwierdzających rozpoznanie.  
Dokumenty należy dostarczyć osobiście lub listownie.