

**SKIEROWANIE NA LECZENIE W ODDZIALE REHABILITACJI:
PO PRZEBYTEJ CHOROBY COVID 19**

W TRYBIE STACJONARNYM W TRYBIE AMBULATORYJNYM
(PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDNIEJ FORMY REHABILITACJI ZA POMOCĄ „X”)

Strona 1/1

**w „SOLANKI” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o.
88-100 Inowrocław, al. Sienkiewicza 50
tel. 052 356-31-04 lub 052 356-32-63, fax. 356-32-33**

PIECZĄTKA ZAKŁADU KIERUJĄCEGO

1. Imię i Nazwisko pacjenta..... wiek
2. Adres
3. PESEL 4. Telefon
4. Numer dokumentu ubezpieczenia
5. Okres leczenia bezpośrednio poprzedzający wystawienie skierowania:

Chorobę przebyto: w domu w szpitalu
(PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDNIEJ ODPOWIEDZI ZA POMOCĄ „X”)

6. Rozpoznanie kliniczne:
-
-

(podstawowe schorzenia stanowiące podstawę wystawienia skierowania, z oznaczeniem kodowym ICD-10, wypełnione czytelnie i w języku polskim)

7. Schorzenia współistniejące:
-
-

8. Dodatkowe uwagi lekarza kierującego, mówiące o sprawach istotnych dla pacjenta, szczegółowy opis wydolności funkcjonalnej pacjenta (*leży / siada sam / sam wstaje z łóżka / stoi sam / zdolny wyłącznie do samodzielnego używania wózka / na wózku – wymaga pomocy osoby drugiej / używa balkonika / kul, chodzi 10-15 m / chodzi 50-100 m / zacewnikowany na stałe / ma stomię / ma protezę – tymczasową – ostateczną / myje się sam / zdolny do samodzielnego korzystania z toalety – prysznic / ma odleżynę / ma zaburzenie funkcji intelektualnych / mówi – z afazją i in.):*
-
-

NIEWYPEŁNIENIE SZCZEGÓŁOWE POWYŻSZEJ RUBRYKI LUB PODANIE INFORMACJI ODBIEGAJĄCYCH OD RZECZYWISTOŚCI POWODUJE AUTOMATYCZNE ODRZUCENIE SKIEROWANIA I ODESŁANIE PACJENTA DO JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ. (w razie potrzeby – lekarz kierujący może oddzielnie, w formie listu, za pośrednictwem pacjenta, przekazać lekarzowi leczącemu dodatkowe informacje i wyniki badań, epikryzę z leczenia pacjenta.

nr umowy z NFZ

data, podpis i pieczęć upoważnionego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego