

Centralna Przychodnia Rehabilitacyjno-Lecznicza PZN

Ul. Karmelicka 26; 00-181 Warszawa

Rezerwacja wizyt  (22) 635 67 02

www.przychodniapzn.pl

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

.....dnia.....20....r

SKIEROWANIE DO

OŚRODKA REHABILITACJI OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana).....,

PESEL _ _ _ _ _ data urodzeniatelefon

Adres.....

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel (uzasadnienie) **rehabilitacja osoby z dysfunkcją wzroku**

.....
.....

Badania dotychczas wykonane

.....
.....

.....
Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,
uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu
podpis, pieczęć

Uwagi ośrodka:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....