

Pieczęć nagłówkowa zlecającego

.....
miejsowość i data

Skierowanie na ogólnoustrojową rehabilitację leczniczą w warunkach stacjonarnych

ARKA VITAE S.A.

Sanatorium Ustroń Ośrodek Magnolia

Zakład Rehabilitacji Ogólnoustrojowej

43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 15

Rejestracja: Tel. 33 854 36 90 (pn-pt 8⁰⁰-16⁰⁰) Fax 33 854 33 32

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy

--	--

 -

--	--	--

 miejscowość

Ulica nr domu

Telefon Oddział NFZ

2. Dane kliniczne

Rozpoznanie w języku polskim

.....
.....

Kod jednostki chorobowej wg ICD-10

--	--	--

Przyczyna skierowania na rehabilitację oraz cel rehabilitacji

.....
.....

Choroby współistniejące

.....
.....

.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Warunkiem przyjęcia skierowania do kwalifikacji jest wypełnienie powyższego kwestionariusza oraz dostarczenie kserokopii ostatnich hospitalizacji lub innych dokumentów potwierdzających rozpoznanie. Dokumenty należy dostarczyć: osobiście, listownie lub fax-em.

UWAGA!

Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej i zażywanych leków.