



BESKIDZKI ZESPÓŁ LECZNICZO-REHABILITACYJNY

SZPITAL OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W JAWORZU

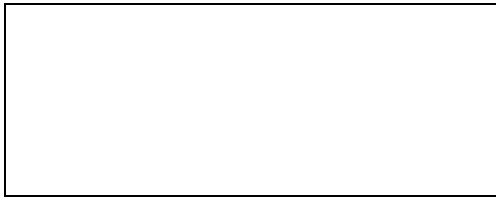
43-384 Jaworze, ul. Słoneczna 83

tel. (33) 817 21 66, 817 26 21, fax (33) 817 34 63

NIP: 937-14-94-573 Regon: 000297603

www.rehabilitacja-jaworze.com.pl

e-mail: bzlr-bb@wizja.net.pl



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

SKIEROWANIE

**DO BESKIDZKIEGO ZESPOŁU LECZNICZO – REHABILITACYJNEGO
SZPITALA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W JAWORZU**

przy ul. Słonecznej 83, tel. 33 817 21 66 wew. 618

Kieruję Pana/Panią.....lat.....

adres.....

PESEL data ur. płeć nr tel.

Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej / Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej*

KOS – ZAWAŁ: Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej / Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej*

Rozpoznanie.....
w języku polskim

(współistniejące) 1).....

2).....

Kod (ICD 10)....., IGP: RKO1 RKO2 RKO3

Termin uzgodnionego przyjęcia.....data wypisu ze szpitala ostrej fazy.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

*zaznaczyć właściwe