



BESKIDZKI ZESPÓŁ LECZNICZO-REHABILITACYJNY

Szpital Opieki Długoterminowej

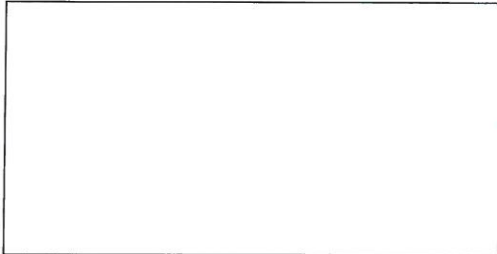
w Jaworzu

43-384 Jaworze k/Bielska-Białej, ul. Słoneczna 83

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

www.rehabilitacja-jaworze.com.pl e-mail: bzlr-bb@wizja.net.pl

NIP 937-14-94-573 Regon 000297603



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

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

przy ul. Słonecznej 83, tel. 33 8172166 wew. 525

Kieruję Pana/Panią.....lat.....

adres.....

PESEL data ur. Płeć Telefon.....

Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych

Rozpoznanie.....
w języku polskim

(współistniejące)1).....

2).....

kod(ICD 10).....

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

.....
pieczętka i podpis lekarza