

**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. 526

Kieruję Pana/Panią.....lat.....

adres.....

PESEL .....data ur. .... Płeć .....Telefon.....

**Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej / Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej**

Rozpoznanie.....  
w języku polskim

(współistniejące)1).....

2).....

kod(ICD 10).....,JGP:      RKO1      RKO2      RKO3

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza