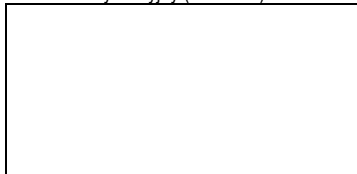


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



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

## SKIEROWANIE

### Do Ośrodka Rehabilitacji Diennej dla dzieci

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESEL .....telefon.....

Rozpoznanie.....  
(w języku polskim)

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

Cel porady (uzasadnienie).....

.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....

.....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....