…………………………………………….. ……………………………………………………….

pieczątka jednostki kierującej miejscowość i data

**SKIEROWANIE DO CENTRUM OPIEKI I REHABILITACJI „LEŚNA POLANA”**

**UL. LEŚNA POLANA 1**

**72-300 GRYFICE/RZĘSKOWO**

**TEL. 91 38 56 700, 697 132 444**

**FAX 91 38 56 702**

1. Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………….
2. Pesel……………………………………………………………………………………………….........
3. Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………
4. Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………….
5. Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu, której kieruje się chorego na leczenie usprawniające…………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Nr statystyczny choroby wg ICD-10……………………………………………………………………
7. Choroby współistniejące ………………………………………………………………………………..
8. Wydolność układu krążeniowo-oddechowego (wydolny, niewydolny, ewent. skala NYHA)

………………………………………………………………………………………………………………

1. Ocena stanu psychicznego- czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia……………………………

………………………………………………………………………………………………………………

1. Lokomocja (odpowiednie podkreślić)

Leżąca Wózek inwalidzki Balkonik Kule Laska Sprawna Inne

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczątka i podpis lekarza