

Pieczętka instytucji kierującej



.....  
data i miejscowość

## SKIEROWANIE DO SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA REHABILITACYJNEGO

# ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACJI W USTRONIU

43-450 Ustroń, ul. Zdrojowa 6

tel. 33/854 16, 32 854 41 85, mail: scr@scr-ustron.com.pl, www.scr-ustron.com.pl

1. Nazwisko i imię ..... 2. Data urodzenia .....

3. Miejsce zamieszkania, kod.....

4. \* **Tel. kontakt.** ..... \* **PESEL** ..... \* **/wypełnić obowiązkowo/**

5. OW NFZ.....

6. Wykształcenie i zawód wykonywany .....

7. Czynny zawodowo (tak / nie)\*      Miejsce i charakter pracy.....

..... L4 od .....

8. Numer statyst. choroby .....

9. Grupa Inwalidzka ..... Nr renty.....

10. Adres osoby opiekującej się chorym .....

11. Rozpoznanie choroby zasadniczej, z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji .....

12. Data wypadku, leczenia szpitalnego i operacji lub przebytego leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji .....

\*Uwagi: Niepotrzebne skreślić

**ODDZIAŁ REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU tel. 33 854 16 32 wew. 221- ORDYNATOR dr n. med. Jerzy Klimczak**

13. Ocena wydolności wysiłkowej krążenia z uwzględnieniem EKG i RR .....  
.....  
.....

14. Zakres samodzielności w czynnościach życia codziennego:

samodzielne chodzenie po pokoju (tak / nie)\*

zaopatrzenia ortopedyczne: kule (tak / nie)\*, balkonik (tak / nie)\*

15. Przebyte uprzednio lub współistniejące obecnie schorzenia .....  
.....  
.....

16. Aktualnie podawane leki i uczulenia na leki .....  
.....

Podpis lekarza

\*Uwagi: Niepotrzebne skreślić