

....., dn20.....r.

**SKIEROWANIE DO SZPITALA
ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACJI W USTRONIU
ul. Zdrojowa 6, 43-450 Ustroń
33/854 16 32, 854 41 85 scr@scr-ustron.com.pl**

Imię i nazwisko..... lat.....

adres.....

PESELtel. kontakt *.....
/ wypełnić obowiązkowo/ / wypełnić obowiązkowo/

adres mailowy

*** dane do kontaktu z pacjentem są niezbędnym elementem skierowania!**

Rozpoznanie zasadnicze (wyłącznie z grupy I 50.0, I 50.1, I 50.9, Z95.1, Z95.2, Z95.5 Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-10), np. niewydolność serca, uszkodzenie serca, dusznica sercowa, bypass, obecność protez zastawek serca itp.

.....
Rozpoznanie współistniejące: np. zawał mięśnia sercowego, wymiana zastawki, ostra choroba niedokrwienna serca-nieokreślona, kardiomiopatia, tętniak serca, naczyń wieńcowych, obecność rozrusznika serca itp.

.....
Rozpoznanie jednostki współistniejącej: np. nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, inne zaburzenia rytmu lub przewodzenia, zmiany zwyrodnieniowe w układzie ruchu m, cukrzyca insulinozależna, itp.

W ZAŁĄCZENIU KOPIA KARTY INFORMACYJNEJ WYPISU SZPITALNEGO PACJENTA

podpis i pieczęć lekarza