Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kody resortowe ……………………….dnia……./……./…………..

 **SKIEROWANIE DO DZIENNEGO OŚRODKA**

Kod. res. VII: ….. **REHABILITACJI DZIECI Z ZABURZENIAMI**

Kod. res. VIII: …. **WIEKU ROZWOJOWEGO**

Kieruję Pana / Panią………………………………………………………………………………… lat …………

adres ……………………………………………………………………………………………….………………

PESEL ……………………………………….……….. telefon …………………………………………………..

Do podmiotu leczniczego  **GADU GADU**

 **Centrum Terapeutyczno - Rehabilitacyjne**

 **23-400 Biłgoraj, ul. Długa 75**

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………

 w języku polskim

………………………………………………………………………kod (ICD 10) …………….......

**\*skierowanie wystawia lekarz z oddziału lub poradni:**

**- neonatologii, rehabilitacji, ortopedii i traumatologii**

 **narządu ruchu, neurologii, reumatologii, chirurgii dziecięcej,**

**endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej** …………………………………………………………..

**- lekarz POZ** Pieczątka i podpis lekarza

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kody resortowe ……………………….dnia……./……./…………..

 **SKIEROWANIE DO DZIENNEGO OŚRODKA**

Kod. res. VII: ….. **REHABILITACJI DZIECI Z ZABURZENIAMI**

Kod. res. VIII: …. **WIEKU ROZWOJOWEGO**

Kieruję Pana / Panią………………………………………………………………………………… lat …………

adres ……………………………………………………………………………………………….………………

PESEL ……………………………………….……….. telefon …………………………………………………..

Do podmiotu leczniczego  **GADU GADU**

 **Centrum Terapeutyczno - Rehabilitacyjne**

 **23-400 Biłgoraj, ul. Długa 75**

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………

 w języku polskim

………………………………………………………………………kod (ICD 10) …………….......

**\*skierowanie wystawia lekarz z oddziału lub poradni:**

**- neonatologii, rehabilitacji, ortopedii i traumatologii**

 **narządu ruchu, neurologii, reumatologii, chirurgii dziecięcej,**

**endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej** …………………………………………………………..

**- lekarz POZ** Pieczątka i podpis lekarza