

Pieczęć ośrodka kierującego

, dnia.....

SKIEROWANIE DO OŚRODKA DZIENNEGO REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana)..... wiek.....

Adres.....

Pesel..... Płeć: K/ M Telefon.....

Rozpoznanie kod ICD10.....

Cel porady (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

Uwagi (wskazania do rehabilitacji):

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

1. Stan po ostrych zespołach wieńcowych
2. Stan po zabiegach kardiochirurgicznych
3. Stan po zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej
4. Stan po plastyce naczyń wieńcowych
5. Zaostrzenie niewydolności serca

Pieczęć ośrodka kierującego

, dnia.....

SKIEROWANIE DO OŚRODKA DZIENNEGO REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana)..... wiek.....

Adres.....

Pesel..... Płeć: K/ M Telefon.....

Rozpoznanie kod ICD10.....

Cel porady (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

Uwagi (wskazania do rehabilitacji):

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

1. Stan po ostrych zespołach wieńcowych
2. Stan po zabiegach kardiochirurgicznych
3. Stan po zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej
4. Stan po plastyce naczyń wieńcowych
5. Zaostrzenie niewydolności serca