



pieczęć oddziału jednostki kierującej

**SKIEROWANIE  
DO ZAKŁADU REHABILITACJI DO LECZENIA W  
RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO „LECZENIE  
DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”**

Kieruję Pana / Panią .....

Adres.....

PESEL.....

do Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM

w Sawice Wieś 19, 08-307 Repki

Zakład Rehabilitacji Leczenie Dorosłego Chorego w Śpiączce

Rozpoznanie: **Śpiączka**

kod (ICD 10): **R40 2**

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....  
pieczęć szpitala, adres, telefon

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu  
lecniczego z kodami resortowymi