



## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU REHABILITACJI LECZNICZEJ

### W RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”

Kieruję Pana / Panią.....

Adres.....

PESEL .....

do Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM

Zakład Rehabilitacji Leczniczej

Leczenie Dorosłego Chorego w Śpiączce

**w Sawice Wieś 19, 08-307 Repki**

Rozpoznanie: **Śpiączka**

kod (ICD 10): **R 40.2**

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
Miejscowość, data

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