

**Skierowanie do udziału w programie KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI
PULMONOLOGICZNEJ W RAMACH PROFILAKTYKI WTÓRNEJ U OSÓB W WIEKU
AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ CIERPIĄCYCH NA PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU
ODDECHOWEGO**

.....
pieczęć placówki kierującej

.....
miejscowość, data

1. Nazwisko i imię
 2. PESEL
 3. Miejsce zamieszkania: kod pocztowy miejscowość.....
ulica nr
 4. Telefon.....
 5. Choroba zasadnicza ICD-10.....
 6. Choroby współistniejące
 -
 -
 -
- Cel usprawniania.....

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego

**Skierowanie do udziału w programie KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI
PULMONOLOGICZNEJ W RAMACH PROFILAKTYKI WTÓRNEJ U OSÓB W WIEKU
AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ CIERPIĄCYCH NA PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU
ODDECHOWEGO**

.....
pieczęć placówki kierującej

.....
miejscowość, data

1. Nazwisko i imię
 2. PESEL
 3. Miejsce zamieszkania: kod pocztowy miejscowość.....
ulica nr
 4. Telefon.....
 5. Choroba zasadnicza ICD-10.....
 6. Choroby współistniejące
 -
 -
 -
- Cel usprawniania.....

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego

