

.....
*Pieczęć NZOZ
Praktyki lekarskiej*

***Skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych, finansowaną
z budżetu Gminy Bieruń****

Dane osobowe:

1. Nazwisko i imię, wiek
2. Adres zamieszkania
3. Telefon kontaktowy.....
4. Rozpoznanie

ww. osoba spełnia warunki określone w programie polityki zdrowotnej pn.: „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych*” przyjętego Uchwałą Nr XII/7/2022 Rady Miejskiej w Bieruniu z dnia 24 listopada 2022 r.

data

.....
podpis i pieczęć lekarza

Adnotacja kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej*

Diagnoza

Czas rehabilitacji w ramach programu polityki zdrowotnej:
wpisać: od do

Częstotliwość i ilość minut rehabilitacji w tygodniu:

.....
podpis kierownika Zespołu Rehabilitacji Domowej

** kserokopię skierowania wraz z adnotacją należy przekazać osobie nadzorującej wykonanie umowy ze strony Zamawiającego.*