



Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
 Kod, nazwa komórki organizacyjnej
 Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy



..... dnia.....20.....r.

Skierowanie na Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla kobiet po leczeniu nowotworu piersi.

Kieruję Pana/Panią..... lat.....

Adres.....

PESEL Telefon :

**Do: ELVITA NZOZ S U „Elektron” 43-450 Ustroń, ul. Zdrojowa 5
 Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej**

Rozpoznanie.....

.....kod /ICD10/.....

Data zakończenia leczenia (operacyjnego, chemioterapii, radioterapii)

.....
 Stopień obrzęku limfatycznego (wg czterostopniowej skali)

.....

.....
 pieczęć i podpis lekarza kierującego*

*do wystawienia skierowania upoważniony jest lekarz ze specjalnością onkologiczną lub lekarz rodzinny z załączoną konsultacją lekarza specjalisty onkologa

* do skierowania powinna być dołączona kopia karty wypisowej ze szpitala potwierdzająca rozpoznanie.