

Pieczęć Instytucji Kierującej

.....
miejsowość i data

Skierowanie na wczesną rehabilitację kardiologiczną oddział stacjonarny/oddział dzienny*

Nazwisko i imię

Data urodzenia/numer PESEL

Miejsce zamieszkania.....

Telefon kontaktowy **OBOWIĄZKOWO**

Wykształcenie i zawód wykonywany

Czynny zawodowo TAK/NIE*..... "L4"od.....

Adres osoby opiekującej się chorym.....

Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację):

- I50.0 Niewydolność serczastooinowa
- I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa
- 50.9 Niewydolność serca, nieokreślona
- Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass
- Z95.2 Obecność protez zastawek serca
- Z95.5 Obecność implantów i przeszczepów związanych z angioplastyką wieńcową

Rozpoznanie i nr statystyczny choroby współistniejącej.....

.....

.....

.....

Data ostrego incydentu kardiologicznego.....

lub leczenia kardiochirurgicznego.....

Data przyjęcia do Oddziału/Kliniki

Data wypisu z Oddziału/Kliniki.....

Wskazania do rehabilitacji z oceną wydolności wysiłkowej

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego

*/ niepotrzebne skreślić

*/ czytelnie wypełnić druk – drukowanymi literami

kontakt pod numerem telefonu : 338545454 wewn. 1, rehabilitacja lecznicza wewn. 2

Wydanie VI 2019-05-16



Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe „Ustroń” Spółka Akcyjna
ul. Sanatoryjna 1, 43-450 Ustroń, tel. 33 856 56 50, fax 33 854 38 25
NIP: 548-007-78-72
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej VIII Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000121219
Kapitał zakładowy 30 300 000,00 PLN wpłacony w całości
www.uzdrowisko-ustron.pl, www.hr-ustron.eu, www.resortustron.com