



.....dn.

.....

.....

.....

pieczęć jednostki kierującej, adres,
telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

SKIEROWANIE NA TERAPIĘ W ŚRODOWISKU OTWARTYM DLA OSOBY W/PO KRYZYSIE PSYCHICZNYM

Kieruję

Panią (Pana)....., lat.....

PESEL.....telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel terapii (uzasadnienie).....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza
kierującego

Uwagi:.....

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:.....

Termin wyznaczonego przyjęcia:.....

„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)

STOWARZYSZENIE
PROREW

