



.....dn.

.....

.....

.....

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

**SKIEROWANIE DO PROGRAMU POSTREHABILITACYJNEGO DLA UZALEŻNIONYCH OD
SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI - HOSTELU „OGRÓD
NADZIEI”**

Kieruję

Panią (Pana)....., lat.....

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

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

Cel terapii (uzasadnienie).....

.....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć 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)