

**Skierowanie na rehabilitację stacjonarną
po przebytej chorobie COVID-19
leczenie szpitalne w oddziale uzdrowiskowym sanatoryjnym (6500)**

NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Miejsce rehabilitacji	
PODMIOT	Związek Nauczycielstwa Polskiego
NAZWA	NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe ZNP – ZG
ADRES	ul. Głowackiego 7
TELEFON	81-501-47-05
ADRES EMAIL	repcja@znpnaleczow.pl

Placówka ochrony zdrowia wystawiająca skierowanie (nazwa, adres, telefon kontaktowy/pieczałka):

Dane osoby skierowanej na rehabilitację											
IMIĘ I NAZWISKO:											
PESEL:											
ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU:											
TELEFON KONTAKTOWY:											

Rozpoznanie:
Stan po przechorowaniu COVID-19 (U07.1, U09, U10) Choroby współistniejące:
Inne informacje:

Uzasadnienie (*zakreślić właściwe):	
Wskazana Rehabilitacja Stacjonarna po przebytej chorobie COVID-19	
Data pozytywnego testu:	Data zakończenia leczenia:
Pobyt w szpitalu* (Tak/Nie) od do	Pobyt w izolatorium* (Tak/Nie) od do
Wykonane badania* (obowiązkowo przed wypisaniem skierowania):	
1 RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby,	TAK / NIE
2 Aktualna morfologia, OB, CRP (białko ostrej fazy),	TAK / NIE
3 EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby	TAK / NIE
Inne informacje:	

.....
Data, Podpis, Pieczęćka, Kierującego Lekarza Ubezpieczenia Społecznego