



Pieczęć Instytucji Kierującej

1. Imię i Nazwisko _____

2. PESEL _____

3. Miejsce zamieszkania _____

4. Telefon _____ e-mail _____

5. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na
rehabilitację: _____ data zakończenia leczenia _____

6. Schorzenia współistniejące:

7. Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do przyjęcia*:

- RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19,
- aktualna morfologia, OB, CRP,
- EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

Data, podpis i pieczęć lekarza

Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej oraz wykazu zażywanych leków.
Kontakt pod numerami: 32 210 73 54 lub 607 956 993 lub pod adresem: rehabilitacja.covid@gwarek.info

* należy dołączyć do skierowania