Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kody resortowe ……………………….dnia……./……./…………..

Kod. res. VII: ….. **SKIEROWANIE DO DZIENNEGO OŚRODKA**

Kod. res. VIII: ….. **REHABILITACJI SŁUCHU I MOWY**

Kieruję Pana / Panią………………………………………………………………………………… lat …………

adres ……………………………………………………………………………………………….………………

PESEL ……………………………………….……….. telefon …………………………………………………..

Do podmiotu leczniczego  **GADU GADU**

 **Centrum Terapeutyczno - Rehabilitacyjne**

 **23-400 Biłgoraj, ul. Długa 75**

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………

 w języku polskim

………………………………………………………………………kod (ICD 10) …………….......

**\*skierowanie wystawia lekarz z oddziału lub poradni:**

**Otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, audiologii**

**i foniatrii, audiologii, foniatrii, neurologii, rehabilitacji** …………………………………………………………..

 Pieczątka i podpis lekarza

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kody resortowe ……………………….dnia……./……./…………..

Kod. res. VII: ….. **SKIEROWANIE DO DZIENNEGO OŚRODKA**

Kod. res. VIII: ….. **REHABILITACJI SŁUCHU I MOWY**

Kieruję Pana / Panią………………………………………………………………………………… lat …………

adres ……………………………………………………………………………………………….………………

PESEL ……………………………………….……….. telefon …………………………………………………..

Do podmiotu leczniczego  **GADU GADU**

 **Centrum Terapeutyczno - Rehabilitacyjne**

 **23-400 Biłgoraj, ul. Długa 75**

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………

 w języku polskim

………………………………………………………………………kod (ICD 10) …………….......

**\*skierowanie wystawia lekarz z oddziału lub poradni:**

**Otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, audiologii**

**i foniatrii, audiologii, foniatrii, neurologii, rehabilitacji** …………………………………………………………..

 Pieczątka i podpis lekarza