



.....
Pieczęć jednostki kierującej i nr umowy z NFZ

**Skierowanie na Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
Szpital Uzdrowiskowy Energetyk Sp. z o.o.
88-100 Inowrocław ul. Wilkońskiego 2
tel. 52/3535768 fax. 52/3535730**

Imię i nazwisko.....lat.....

Adres.....

PESEL.....tel. kontaktowy.....

Rozpoznanie zasadnicze (wyłącznie z grupy Z95.1, Z95.2, Z95.5, I50.0, I50.1, I50.9)

.....
Rozpoznanie współistniejące z listy dodatkowej RKc, RKd, Rke *np. zawał mięśnia sercowego, wymiana zastawki, ostra choroba niedokrwienna serca, inne postacię dusznicy bolesnej (I20.8), obecność rozrusznika serca, kardiomiopatia itp.*

.....
Rozpoznanie jednostki współistniejącej *np. nadciśnienie tętnicze z zajęciem serca (I11.0, I11.9), cukrzyca insulinozależna, migotanie przedsionków, częstoskurcz komorowy i nadkomorowy, dodatkowe pobudzenia komorowe lub nadkomorowe i inne zaburzenia rytmu lub przewodnictwa (blok A-V I, II, III stopnia, RBBB, LBBB, LAH, LPH, choroba zwyrodnieniowa wielostanowa (M15.8, M15.9).*

Informacje dla pacjenta:

Przyjęcie w oddział do godz. 10-tej.

Proszę zabrać oryginał skierowania , kopię kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyniki badań (echo serca, EKG, koronarografię), oraz leki

Data wypisu ze szpitala.....

Pieczęć i podpis lekarza