

.....
miejsowość i data

**Skierowanie na rehabilitację stacjonarną po przebytej chorobie COVID-19
zgodne z nowym ZARZĄDZENIEM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU
ZDROWIA Nr 98/2021/DSOZ z dnia 02.06.2021 r.
dotyczy Sanatorium Dzwonkówka w Szczawnicy**

1. Imię i Nazwisko.....

2. PESEL.....

3. Miejsce zamieszkania:

Kod pocztowy - miejscowość.....

Ulica..... numer domu.....

4. Telefon.....

5. E - mail.....

6. Czynny(a) zawodowo TAK / NIE* L4 od..... do.....

7. Rozpoznanie i nr. statystyczny choroby zasadniczej będącej podstawą skierowania na
rehabilitację - ICD-10*:

U07.8 historia przebiegu COVID-19 u pacjenta TAK/NIE*

U07.9 zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19 TAK/NIE*

U08.9 historia przebiegu COVID-19 u pacjenta, nieokreślona TAK/NIE*

U09.9 zdrowie pacjenta po przejściu COVID-19, nieokreślony TAK/NIE*

Data zakończenia leczenia ostrej fazy choroby (data zakończenia izolacji domowej lub data
wypisu ze szpitala lub data wypisu z izolatorium*).....

8. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem sprawności ruchowej i wydolności
oddechowo-kръżeniowej.....

9. Posiada zaopatrzenie:

Kule TAK/NIE*, **Balkonik** TAK/NIE*, **Wózek inwalidzki** TAK/NIE*,
Koncentrator tlenu TAK/NIE*, **Inne** TAK/NIE*.....

10. Badania diagnostyczne **bezwzględnie wymagane do kwalifikacji i przyjęcia**
(dołączone do skierowania):

- Aktualna morfologia, OB, CRP
- RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.
- EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy COVID-19.
- Inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia pacjenta.
- Przy dominującym problemie kardiologicznym, badanie echokardiograficzne serca wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.

* Proszę podkreślić właściwą odpowiedź

.....
podpis i pieczęć kierującego lekarza ubezpieczenia społecznego