



....., dn20.....r.

**SKIEROWANIE DO SZPITALA
ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
SZPITAL WOJEWÓDZKI Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
35-301 Rzeszów ul. Lwowska 60
Tel. 17 86 64 000 wew. 009, 039 Fax 17 86 64 022**

Imię i nazwisko..... lat.....
adres.....
PESELtel. kontakt.....

**Rozpoznanie zasadnicze (wyłącznie z grupy I 50.0, I 50.1, I 50.9, Z95.1, Z95.2, Z95.5
Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-10),**

.....

Rozpoznanie współistniejące: z listy dodatkowej RKc, RKd, RKe załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 30/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2011 r. *np. zawał mięśnia sercowego, ostra choroba niedokrwienne serca- nieokreślona, wymiana zastawki, obecność rozrusznika serca, kardiomiopatia, tętniak serca, naczyń wieńcowych, itp.*

.....

Rozpoznanie jednostki współistniejącej: z listy chorób współistniejących dla rehabilitacji stacjonarnej załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 30/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2011 r. *np. cukrzyca insulinozależna, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, inne zaburzenia rytmu lub przewodzenia, zmiany zwyrodnieniowe w układzie ruchu, itp.*

.....

W ZAŁĄCZENIU KOPIA KARTY INFORMACYJNEJ LECZENIA SZPITALNEGO PACJENTA