

**Skierowanie na rehabilitację stacjonarną
po przebytej chorobie COVID-19
leczenie szpitalne w oddziale uzdrowiskowym sanatoryjnym (6500)**

**Z rehabilitacji można skorzystać do 6 miesięcy od zakończenia leczenia
potwierdzonej (testem PCR lub wypisem z leczenia szpitalnego) choroby COVID-19,**

Miejsce rehabilitacji

PODMIOT	Związek Nauczycielstwa Polskiego
NAZWA	NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe ZNP – ZG
ADRES	ul. Głowackiego 7
TELEFON	81-501-47-05
ADRES EMAIL	recepcja@znpnaleczow.pl

Placówka ochrony zdrowia wystawiająca skierowanie

(nazwa, adres, telefon kontaktowy/pieczątko):

Dane osoby skierowanej na rehabilitację

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU:

TELEFON KONTAKTOWY:

Rozpoznanie:

Stan po przechorowaniu COVID-19 (U07.1, U09, U10)

Choroby współistniejące:

Inne informacje:

Uzasadnienie (*zakreślić właściwe):

Wskazana Rehabilitacja Stacjonarna po przebytej chorobie COVID-19 **Data pozytywnego testu:**

Data zakończenia leczenia: **Isolacja domowa* (Tak/Nie) od** **do**

Pobyt w szpitalu* (Tak/Nie) od **do** **Pobyt w izolatorium* (Tak/Nie) od** **do**

Wykonane badania* (należy dołączyć do skierowania):

1 RTG (lub MR, TK) klatki piersiowej z opisem wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby,

TAK / NIE

2 Aktualna morfologia, CRP,

TAK / NIE

3 Aktualne EKG (jeśli brak, zostanie wykonane po przyjęciu na rehabilitację)

TAK / NIE

Inne informacje:

.....
Data wystawienia skierowania

.....
Pieczątko i Podpis Kierującego Lekarza Ubezpieczenia Społecznego