

pieczęćka jednostki kierującej

data:

Skierowanie do zakładu rehabilitacji w związku ze stwierdzoną patologią zawodową

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Telefon kontaktowy:
4. Nazwa zakładu pracy:
5. Zawód wykonywany
6. Rodzaj narażenia zawodowego:
7. Stwierdzona patologia zawodowa (rozpoznanie):

.....

Pieczęć i podpis lekarza uprawnionego do wykonywania badań profilaktycznych, lekarza laryngologa¹

Zabiegi

Cel terapii i opis dysfunkcji

(np. zmniejszenie bólu, zwiększenie zakresu ruchomości stawów, poprawa funkcjonalności, zmniejszenie liczby nawrotów dolegliwości i inne

| Lp. | Rodzaj zabiegów/lokalizacja | Ilość zabiegów |
|-----|-----------------------------|----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

.....
Pieczęć i podpis lekarza uprawnionego do wykonywania badań profilaktycznych, lekarza laryngologa¹
lekarza rehabilitanta² lub mgr fizjoterapii²

Oświadczenie pacjenta

Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w punktach od 1 do 6

(czytelny podpis pacjenta)

¹ Tylko przy narażeniu na stały i długotrwały wysiłek głosowy . ² Zatrudnionego w jednostce WOMP.