Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach

Formularz F/260-W/2

 Strona 1 z 1

 Pieczęć

 data…………………….

# SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ

Dział Rehabilitacji

Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kielcach

25-663 Kielce, ul. Karola Olszewskiego 2A

Imię i nazwisko.……………………………………..…………. PESEL..............................................
Adres zamieszkania…………………………………………………………….……………………..…..
Cel porady: rehabilitacja choroby: zawodowej **□** / parazawodowej **□**
Rozpoznanie:…...……………………….……….………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………….…….………..…………………………………………………………………... ICD 10 …………………..
Stanowisko pracy………………………………Miejsce pracy…………………………………………..

Rodzaj narażenia zawodowego będący przyczyną wystąpienia dolegliwości:
……………………………………………………...........................................................................................................................…………………………………………………………………….…………..
Badania dotychczas wykonane: .........................................................................................................................................................

……………………………………………

 Pieczęć i podpis lekarza

Należy wypełnić wszystkie pola

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem...............................................................................

Termin wyznaczonej porady............................................................................................................