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:…...……………………….……….………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………….…….………..…………………………………………………………………...   
Stanowisko pracy………………………………Miejsce pracy…………………………………………..

ICD10

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............................................................................................................