Załącznik nr 1

(pieczątka jednostki kierującej) data: .............................

**Skierowanie do zakładu rehabilitacji w związku ze stwierdzoną patologią zawodową**

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL: ..………………………………………………………………………………………………………
3. Aktywny zawodowo - Pracodawca pacjenta
4. Stanowisko:
5. Narażenia:
6. Nieaktywny zawodowo (przerwa w pracy nie dłużej niż 2 lata)

(ostatnio zajmowane stanowisko) …………………………………………………………………………….

1. Stwierdzona patologia zawodowa (rozpoznanie):
2. Zakwalifikowano do leczenia fizjoterapeutycznego, celem którego jest …………………………..……. (np. zmniejszenie bólu, zwiększenie zakresu ruchomości stawów, poprawa funkcjonalności, zmniejszenie liczby nawrotów dolegliwości i inne)

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

Pieczęć i podpis lekarza uprawnionego do wykonywania

badań profilaktycznych, lekarza laryngologa[[1]](#footnote-1)

**Zabiegi**

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

…..…………...................................................................

Pieczęć i podpis lekarza uprawnionego do wykonywania

badań profilaktycznych, lekarza laryngologa¹ lub 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 Zleceniobiorcy* [↑](#footnote-ref-1)