Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja regionalnego programu rehabilitacji oddechowej jako drogi powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022 przez EMC Silesia.”

UWAGA! W celu przeprowadzenia kwalifikacji medycznej do udziału w projekcie konieczne jest posiadanie wyników badań: spirometrii oraz MRC oraz stwierdzenie braku przeciwwskazań do rehabilitacji.

**SKIEROWANIE DO REHABILITACJI   
W ramach Regionalnego programu rehabilitacji oddechowej jako drogi powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022**

**Jako [ ] lekarz POZ [ ] lekarz pulmonolog niniejszym kieruję:**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

|  |
| --- |
|  |

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

|  |
| --- |
|  |

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku –numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

|  |
| --- |
|  |

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

(Do Projektu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci z diagnozą choroby układu oddechowego wg ICD-10:   
J44 - Inna przewlekła zaporowa choroba płuc, J45 - Dychawica oskrzelowa, J46 - Stan astmatyczny)

|  |
| --- |
|  |

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

Miejscowość, data Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz **pieczęć podmiotu** leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie