Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja Programu rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego i kostnego przez EMC Silesia.”

UWAGA! W celu przeprowadzenia kwalifikacji medycznej do udziału w projekcie konieczne jest stwierdzenie braku przeciwwskazań do rehabilitacji.

**SKIEROWANIE DO REHABILITACJI   
W ramach Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022**

**Jako [ ] lekarz POZ [ ] lekarz prowadzący leczenie pacjenta 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 rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub mięśniowego w wywiadzie, wg ICD-10: M15 Zwyrodnienie wielostawowe, M16 Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego], M17 Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego], M18 Choroba zwyrodnieniowa pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego, M19 Inne zwyrodnienia stawów, M47 Spondyloza, M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych, M51 Inne choroby krążka międzykręgowego, M54 Bóle grzbietu)

|  |
| --- |
|  |

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

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