Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja Regionalnego Programu Rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia przez EMC Silesia.”

UWAGA! W celu przeprowadzenia kwalifikacji medycznej do udziału w projekcie konieczne jest posiadanie wyników badań laboratoryjnych: morfologia krwi, badanie ogólne moczu, lipidogram, stężenie glukozy, stężenie kwasu moczowego. Pacjent jest obowiązany do przedłożenia kart informacyjnych leczenia szpitalnego oraz wykazu aktualnie przyjmowanych leków. Proszę o wystawienie zlecenia na ww. badania oraz pouczenie pacjenta o konieczności przygotowania wymaganych dokumentów.

**SKIEROWANIE DO REHABILITACJI
W ramach Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia**

**przez EMC Silesia**

**Jako [ ] lekarz POZ [ ] lekarz kardiolog 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 układu krążenia w wywiadzie lub osoby hospitalizowane z powodu choroby niedokrwiennej serca lub niewydolności serca (w okresie co najmniej dwóch lat przed zgłoszeniem się do projektu), wg ICD-10: I20 - Choroba niedokrwienna serca, I21 - Ostry zawał mięśnia sercowego, I24 - Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca, I25 - Przewlekła choroba niedokrwienna serca, I50 - Niewydolność serca)

|  |
| --- |
|  |

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

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