**Załącznik nr 10 C**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Nazwa i adres podmiotu kierującego) (miejscowość) (data wystawienia skierowania)

**SKIEROWANIE NA TURNUS LECZNICZO-PROFILAKTYCZNY NR**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Dane pracownika ( osoby kierowanej)1

Kieruję Panią/Pana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESEL
 (imię i nazwisko)

zam. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adres zamieszkania, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu)

zatrudnionego w: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nazwa i adres jednostki organizacyjnej)
nr telefonu komórkowego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(data, pieczęć i podpis osoby wydającej druk skierowania)

**Po zasięgnięciu opinii lekarskiej/psychologicznej\*:**

II. Opinia:2

**a) psychologa:**

 po przeprowadzeniu badania w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stwierdzam istnienie /nieistnienie\* wskazań do skierowania osoby określonej w pkt. 1na turnus leczniczo-profilaktyczny2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(data, pieczęć podpis psychologa)

**b) lekarza:**

 po przeprowadzeniu badania w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stwierdzam istnienie/nieistnienie\* wskazań do skierowania osoby określonej w pkt. 1 na turnus leczniczo-profilaktyczny2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(data, pieczęć podpis lekarza)

**wraz z:**

III. Pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Stopień pokrewieństwa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**kieruję na:**

IV. Turnus leczniczo-profilaktyczny w wojskowym szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym (wskazanie podmiotu prowadzącego turnus oraz terminu4)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_w terminie od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Nr WSzUR SP ZOZ i miejscowość)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(data, pieczęć i podpis podmiotu kierującego)

\* niepotrzebne skreślić