

Штамп лечебного учреждения	МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. Сочи «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №8» РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
----------------------------	--

НАПРАВЛЕНИЕ

На стационарное лечение в реабилитационное отделение МБУЗ г. Сочи «ГБ №8»

направляется: _____

Ф.И.О., дата рождения, адрес

Полис _____

Дата госпитализации (по согласованию с заведующим реабилитационного отделения)

Диагноз: _____

Цель направления:

1. Функциональное восстановление поврежденной конечности (сустава, таза, позвоночника).
2. Восстановление конгруэнтности суставных поверхностей.
3. Снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию.
4. Выработка умения использования ортопедических изделий (ортезы, трость и др.)
5. Профилактика реактивной депрессии

Ф.И.О., подпись направившего врача _____

Ф.И.О., подпись заведующего отделением, _____

или главного врача лечящего учреждения _____