



**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZEGO***

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

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

.....
Rozpoznanie w języku wg ICD- 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie)*

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

.....
Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (Imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (Imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

- do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego,
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

*Niepotrzebne skreślić.

**Jeżeli jest wymagana.

***Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.