

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

Niniejszym kieruję:

.....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

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 polskim według 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.