

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

Niniejszym kieruję:

- 1.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy
- 2.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy
- 3.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
- 4.....
Nr telefonu do kontaktu
- 5.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy
- 6.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)
- 7.....
Dotychczasowe leczenie
8. Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)
9. Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**
10. Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*
- 11.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***
- 12.....
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.