

**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*

.....
miejsowość, data

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

.....
* niepotrzebne skreślić

** jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy