

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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

.....
Rozpoznanie w języku polskim 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