

**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)

.....
numer 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, która, 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

* odpowiednie zaznaczyć

** jeżeli jest wymagana

*** fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.