

WZÓR

**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 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.