

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

**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

.....
.Nr PESEL świadczeniobiorcy, w przypadku jego braku – nr 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 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