

.....  
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