

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 kontaktowego

.....
numer PESEL, 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*) ***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (*imię, nazwisko, nr telefonu*) ***

– 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