# 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

………………………………………………………………………………………………………… 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.