

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO**

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorecy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorecy

.....  
Adres do korespondencji ( jeżeli jest inny niż adres zamieszkania )

.....  
Nr telefonu do kontaktu

.....  
Nr PESEL świadczeniobiorecy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorecy.

.....  
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 świadczeniobioreca \*\*.....

Przypadek nagły wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia ( tak / nie ) \*

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorecy ( imię , nazwisko , nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorecy ( 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 ,gdym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Jeżeli jest wymagana

\*\*\* Fakultatywnie , na wniosek świadczeniobiorecy