Pieczęć zakładu kierującego

załącznik nr 3

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO- LECZNICZEGO ***

**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 - 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 Swiadczeniobiorca **

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadnionych 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 , pieczątka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie