

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

Niniejszym kieruję :

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

.....
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

.....
Rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza)

.....
Choroby współistniejące

Dotychczasowe leczenie :

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia TAK / NIE *

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca ** - pkt

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 , pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz
pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w innym
podmiocie

LEGENDA :
*zaznacz odpowiednie
/* odpowiednio uzupełnij

