

**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

