

Pieczęć zakładu kierującego

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OIEKUŃCZO-LECZNICZEGO /  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO \*****NINIEJSZYM KIERUJĘ :**

---

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

---

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

---

Adres do korespondencji ( jeśli jest inny iż 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 świadczeniobiorca                      \_\_\_\_\_

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia                      TAK / NIE \*

---

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy ( imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu )

---

Pielęgniarkam podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy ( imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu )**do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego / Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego**

---

**DATA    miejscowość**

---

Podpis , pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz  
pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz  
ubezpieczenia nzdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie