

.....
Pieczęćka nagłówkowa podmiotu leczniczego/praktyki lekarza

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Telefon do kontaktu

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

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

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

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

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

* Niepotrzebne skreślić. ** Jeżeli jest wymagana. *** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy