

# SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO<sup>1</sup>

## 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 – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy: .....

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

### Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia: tak/nie<sup>1</sup>.

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca<sup>2</sup>: .....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia: tak/nie<sup>1</sup>.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>3</sup>: .....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>3</sup>: .....

**– do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego<sup>1</sup>.**

.....  
(Miejscowość, data)

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

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Jeżeli jest wymagana.

<sup>3</sup> Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.