

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego
wystawiającego wniosek

**SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
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*)

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 telefonu do kontaktu***)

–do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Niepotrzebne skreślić*.

Jeżeli jest wymagana**.

Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy***.