

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\*

Niniejszym kieruję do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*

.....  
*Imię i nazwisko świadczeniobiorcy*

.....  
*Adres zamieszkania świadczeniobiorcy*

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

.....  
*Nr telefonu do kontaktu*

.....  
*PESEL świadczeniobiorcy (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)\*\*\**

.....  
*Miejscowość, data*

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

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