

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

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 \*)
- 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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.

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.