

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKU CZO- LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEL GNACYJNO- OPIEKU CZEGO***

Niniejszym kieruj :

.....
Imię i nazwisko wiadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania wiadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL wiadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzający tego samego wiadczeniobiorcy

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

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie)*

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał wiadczeniobiorca**

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

.....
Leczący podstawowej opieki zdrowotnej wiadczeniobiorcy (Imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej wiadczeniobiorcy (Imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczego/ 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 wiadczeniobiorcy.