

.....
Pieczętka podmiotu kierującego

SKIEROWANIE **do zakładu opiekuńczo- leczniczego**

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu i imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
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 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

.....
Pieczętka, numer prawa wykonywania zawodu
i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

*Niepotrzebne skreślić