……..
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO /
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, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

……
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, która uzyskał świadczeniobiorca ** ……...

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

……...
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

……...
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. 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