

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

Niniejszym kieruję:

.....  
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....  
numer 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

\* odpowiednie zaznaczyć

\*\* jeżeli jest wymagana

\*\*\* fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.