

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO / ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

**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\*.
- do 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.