

.....  
/pieczętka zakładu opieki zdrowotnej/

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-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\***

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie/

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.