

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

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- nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polski 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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (Imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

- do zakładu opiekuńczo leczniczego /zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego *

.....
Miejscowość i 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