

## SKIEROWANIE DO 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.**

.....  
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.