

WZÓR

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
nr telefonu do kontaktu

.....
numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku 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 lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku
gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje
zawód w tym podmiocie

* niepotrzebne skreślić

** jeżeli jest wymagany

*** fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.