



**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZEGO**

Niniejszym kieruję:.....
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres świadczeniobiorcy)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

.....
(numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

.....
(rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 – choroba zasadnicza i współistniejąca)

.....
(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 telefon 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 wymagana

*** fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu
Opiekuńczo-Leczniczego-/ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)