**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)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego**

 ………………………… …………………………………………………………………………………………………….

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