……………………………………………………….

Pieczęć jednostki kierującej, adres, nr telefonu

Kod ,nazwa komórki organizacyjnej

Numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE DO ~~ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO~~/**

**ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

……………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

……………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu do kontaktu

………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie w języku polskim według ICG-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 (imię, nazwisko, numer telefonu do kontaktu)\*\*\*

………………………………………………………………………………………………………

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, numer 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