



Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
Albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
Lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres zamieszkania świadczeniobiorcy)

.....
(adres do korespondencji – jeżeli inny, niż adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

.....
(numer PESEL świadczeniobiorcy lub – w przypadku jego braku – numer dokumentu tożsamości)

.....
(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)**

.....
Miejscowość, data i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego,
w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.

* Właściwe zaznaczyć.

** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.