Pieczęć jednostki kierującej

**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-IO (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.