

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO \***

**Niniejszym kieruję:**

1. Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....
2. Adres zamieszkania świadczeniobiorcy .....
- .....
3. Adres do korespondencji /jeżeli jest inny niż adres zamieszkania/ .....
- .....
4. Nr telefonu do kontaktu .....
- .....
5. Nr PESEL i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy
6. Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)
- .....
7. Dotychczasowe leczenie .....
- .....
8. Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia tak/nie\*
9. Liczba punktów w skali BARTHEL, które otrzymał świadczeniobiorca\*\* .....
10. Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia tak/nie\*
11. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, adres podmiotu, nr telefonu do kontaktu)\*\*\* .....
- .....
12. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, adres podmiotu, nr telefonu do kontaktu)\*\*\* .....
- .....

**- do zakładu opiekuńczo – leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.**

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
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