

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Numer telefonu kontaktowego

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

..... **ICD-10**.....
Rozpoznanie (choroba zasadnicza w języku polskim według ICD – 10)

..... **ICD-10**.....
Rozpoznanie (choroby współistniejące w języku polskim według ICD – 10)

.....
Dotychczasowe leczenie

.....
Potrzeba konsultacji 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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Miejscowość data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagane

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy