

.....
(Pieczęć placówki kierującej)

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania pacjenta

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

.....
Numer telefonu do kontaktu

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

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie.....

Potrzeba konsultacji dotychczasowego leczenia (tak / nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał pacjent**.....

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.

.....
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 pacjenta.