

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

nazwisko i imię świadczeniobiorcy.....

adres zamieszkania świadczeniobiorcy. :.....

**Pesel:**             .....

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

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

Nr telefonu i dane osoby do kontaktu .....

**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)\*\*\*

– **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.