

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
Częstochowa, ul. Ogrodowa 35

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-10 (choroba zasadnicza i choroby
współistniejące)

.....kod.....

.....kod.....

.....kod.....

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.

.....
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.