



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

**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)

.....  
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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

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

**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgniacyjno-opiekuńczego\*.**

.....  
Miejscowość, data

podmiocie

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
oraz pieczęć podmiotu leczniczego,  
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia  
zdrowotnego wykonuje zawód w tym

---

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.