

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO / OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO *

NINIEJSZYM KIERUJĘ DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO / OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO *
PANA/PANIĄ:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Numer telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dowodu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

1) Rozpoznanie w języku polskim oraz kod według ICD – 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
.....
.....
2) Dotychczasowe leczenie:

.....
.....
.....
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia **TAK/ NIE***

3) Liczba punktów w skali Barthel, którą otrzymał świadczeniobiorca**

4) Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia TAK/ NIE *

5) Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu**

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz

.....
pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz wykonuje zawód w tym podmiocie

*Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy