

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO – 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, nazwisko, nr tel.do kontaktu)***

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

– **do 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