

# SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

## 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<sup>\*</sup>)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca<sup>\*\*</sup> .....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie<sup>\*</sup>)

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>\*\*\*</sup>

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>\*\*\*</sup>

- **do zakładu opiekuńczo – leczniczego**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, oraz jego podpis

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego,  
numer Regon, kody resortowe (VII i VIII)  
oraz numer umowy z NFZ

---

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Jeżeli jest wymagana

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy