załącznik nr 3

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 uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)*

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

……
Pielegniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/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