

Pieczęć podmiotu leczniczego wydającego skierowanie

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

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli 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 telefonu do kontaktu)\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*  
**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagane.

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

\*\*\*\* Informujemy, że podanie numeru telefonu Pacjenta i/lub osoby z rodziny jest dobrowolne, jednak niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skontaktowania się przez personel medyczny.