

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKU CZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEL GNACYJNO-OPIEKU CZEGO \***

**Niniejszym kieruj :**

.....  
Imię i nazwisko wiadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania wiadczeniobiorcy

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

.....  
Nr telefonu do kontaktu

.....  
Numer PESEL wiadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego to samo wiadczeniobiorcy

.....  
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 wiadczeniobiorca\*\*.....

Przypadek nagły, wynikający z zdarzenia losowego i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)\*

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wiadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....  
Pielgniarka podstawowej opieki zdrowotnej wiadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

**– do zakładu opieki czo-leczniczego/zakładu pielgniacyjno-opieki czego\*.**

.....  
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 wiadczeniobiorcy.