



*Pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej  
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską  
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską*

**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 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 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.*