

## WZÓR

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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.