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 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