

SZPITALA POWIATOWE SP. Z O.O.
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
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 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

** Jeśli jest wymagane