

.....
Pieczęć przychodni / szpitala

Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów
opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - nr 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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

- do zakładu opiekuńczo - leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
leczniczego, w przypadku gdy lekarz wykonuje zawód w tym
podmiocie.

* niepotrzebne skreślić

** jeżeli wymagana

*** fakultatywnie na wniosek świadczeniobiorcy