

# SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO w GŁOGÓWKU

Niniejszym kieruję:

.....  
(Imię i nazwisko świadczeniodawcy)

.....  
(Adres zamieszkania świadczeniodawcy)

.....  
(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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

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

**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgniacyjno-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.