

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
W TULNIKACH**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Nr PESEL świadczeniobiorcy, 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, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)**

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

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

.....
Miejscowość / data

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

* niepotrzebne skreślić

** fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy