

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO
w ZŁOTORYI**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy:

.....
Adres do korespondencji świadczeniobiorcy:

.....
Nr telefonu do kontaktu:

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza, 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, adres, nr tel. do kontaktu)

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego
oraz pieczęć podmiotu leczniczego

*Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy