Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

 Załącznik nr 3

 **SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU**

 **PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

................................................................................................................................................................

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, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

................................................................................................................................................................

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

 **- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/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.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.