

## WZÓR

**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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.....  
\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

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

<sup>6)</sup> Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.