

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO* /
Zaświadczenie lekarskie**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli 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 pielęgnacyjno-opiekuńczego***.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
oraz pieczęć podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić. ** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. *** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.