……
(Pieczęć nagłówkowa placówki kierującej)

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO*/OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO DLA WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

Niniejszym kieruję:

……
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

……
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

……
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/Opiekuńczo-Leczniczego dla Wentylowanych Mechanicznie*

…… ……..
Miejscowość, data Pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy