SKIEROWANIE DO 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 wg ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

……

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia - tak/nie*

.....

.....

Liczba punktów w skali Bartel, 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)

……

…… ……

miejscowość, data

podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
oraz pieczęć podmiotu leczniczego,
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* jeżeli tak - należy zamieścić informację o dotychczasowym leczeniu/ niepotrzebne skreślić
** jeżeli tak - należy zamieścić informację o nagłym przypadku/ niepotrzebne skreślić