**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 uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)\*

………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………

Pielegniarka 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 |