

.....  
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....  
Numer umowy z NFZ

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W RESKU

### 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<sup>1</sup>)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca<sup>2</sup> .....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)<sup>1</sup>

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>3</sup> .....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>3</sup> .....

- do zakładu opiekuńczo - leczniczego/zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego<sup>1</sup>.

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz  
leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia  
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

1. Niepotrzebne skreślić.
2. Jeżeli jest wymagana.
3. Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.