**ZAŁĄCZNIK Nr 3**

WZÓR

**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 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/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.