|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć podmiotu leczniczego wydającego skierowanie | **NA PODSTAWIE**  rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)  z późniejszymi zmianami  **załącznik nr 3** |

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/**

**ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko świadczeniobiorcy |

|  |
| --- |
|  |
| Adres zamieszkania świadczeniobiorcy |

|  |
| --- |
|  |
| Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania) |

|  |
| --- |
|  |
| Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku − numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy |

|  |
| --- |
|  |
| 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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo  imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.