

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO  
w Poddębickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

**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))

.....  
(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.