

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W RUDCE

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Imię i nazwisko osoby do kontaktu w sprawie przyjęcia pacjenta oraz nr telefonu

.....
Nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów 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) ***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu) ***

- do zakładu opiekuńczo – leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

*Niepotrzebne skreślić

**Jeżeli jest wymagana

***Fakultatywnie na wniosek świadczeniobiorcy

