



**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-  
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
**Imię i nazwisko**

.....  
**Adres zamieszkania**

.....  
**Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Podpis świadczeniobiorcy**



**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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.