

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Data urodzenia

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Numer 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 EUROMEDICUS w Gdyni

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczętka podmiotu leczniczego,
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie*

* *Niepotrzebne skreślić*

** *Jeżeli jest wymagana*

*** *Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy*

.....
Pieczętka szpitala, adres, telefon, numer umowy

.....
miejscowość, data



Euromedicus S.A.

81-969 Gdynia, ul. Czechosłowacka 3, tel.: 0-58 660 81 70, fax.: 0-58 660 81 81, e-mail: info@euromedicus.pl, www.euromedicus.pl
Konto: NORDEA Bank Polska S.A., Nr 09 144010260000000000381168, Regon 191923239, NIP 958-13-24-564, Spółka zarejestrowana: Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy

Krajowego Rejestru Sądowego Nr 000039532; kapitał zakładowy spółki 9 112 800,00zł

UWAGI ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Planowany termin przyjęcia do ZOL

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent..... Data urodzenia.....

Imię i nazwisko

Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia:

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć



Euromedicus Sp. z o.o.

81-969 Gdynia, ul. Czechosłowacka 3, tel.: 0-58 660 81 70, fax.: 0-58 660 81 81, e-mail: info@euromedicus.pl, www.euromedicus.pl
Konto: NORDEA Bank Polska S.A., Nr 09 14401026000000000381168, Regon 191923239, NIP 958-13-24-564, Spółka zarejestrowana: Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy

Krajowego Rejestru Sądowego Nr 000039532; kapitał zakładowy spółki 9 112 800,00zł