*….............................................................................*

*Pieczątka 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 pieczątka podmiotu leczniczego,*

*w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie*

*\* Niepotrzebne skreślić*

*\*\* Jeżeli jest wymagana*

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

…………………………………………………………………………………………………… ……………………………………

*Pieczątka szpitala, adres, telefon, numer umowy miejscowość, data*

# 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 pieczątka*