**Załącznik Nr 3**

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUNCZO- LECZNICZEGO**

**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

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

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

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

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba konsultacji 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

\*\*jeżeli jest wymagana

\*\*\* fakultatywnie , na wniosek świadczeniobiorcy.