

(Pieczęć podmiotu leczniczego)

## Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Niniejszym kieruję:

.....  
/Imię i nazwisko świadczeniobiorcy/

.....  
/Adres zamieszkania świadczeniobiorcy/

.....  
/Adres do korespondencji jeżeli jest 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 leczenia (**tak/nie**)\*

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca.....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia(**tak/nie**)\*

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy(imię, nazwisko, numer telefonu do kontaktu)\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy(imię, nazwisko, numer telefonu do kontaktu)\*\*

**-Do Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „Santa Rita”  
ul. Rogozińskiego 30 37-700 Przemyśl**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

\*niepotrzebne skreślić

\*\* fakultatywnie na wniosek świadczenio