



**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA PODKARPACKIEGO IM. JANA PAWŁA II
W KROŚNIE**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 lub*
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Data i miejsce urodzenia

--	--

 -

--	--	--	--

Kod pocztowy Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

--	--

 -

--	--	--	--

Kod pocztowy Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
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)****

.....
Miejscowość, data

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

* W przypadku braku PESEL
** Niepotrzebne skreślić
*** Jeżeli jest wymagana
**** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy