



ARION Szpitale

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO^(*)

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 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 tel. 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.