

## 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 pieczętka podmiotu leczniczego,

w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Jeżeli jest wymagana

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

.....  
Pieczętka 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 pieczęć*