

Pieczętka podmiotu leczniczego

Załącznik nr 3 do rozporządzenia MZ z dn. 25.06.2012r.

EPIONE Sp z o.o.

Zakład Opieki Długoterminowej
ul. Szopienicka 59, 40-431 Katowice

***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 dowodu 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 otrzymał 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