

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNEGO
„PATRONKA” Sp. z o.o. w SZCZECINKU**

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy:

Adres do korespondencji świadczeniobiorcy:

Nr telefonu do kontaktu:

Numer PESEL świadczeniobiorcy,

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza, 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, adres, nr tel. do kontaktu)

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, adres, nr tel. do kontaktu)***

do zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego „Patronka” w Szczecinku.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego
oraz pieczęć podmiotu leczniczego

*Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy