

.....
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....
(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY NOWE SIOŁO, PAŁACOWA 5**

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu:

- za zgodą / bez zgody*,
- za zgodą / bez zgody* przedstawiciela ustawowego,

kieruję do zakładu opiekuńczo-leczniczego Panią/Pana*.....
(imię i nazwisko)

zamieszkałą(-ego) w:
.....
(adres zamieszkania)

1. Numer PESEL, w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia.....

2. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*.

3. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy:
(imię i nazwisko, adres)

4. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy:
(imię i nazwisko, adres)

5. Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)
.....
.....
.....
.....
.....

6. Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia: tak.nie.....

7. Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**.....

8. Dotychczasowe leczenie
.....
.....
.....
.....

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja,
nr prawa wykonywania zawodu
oraz podpis lekarza)

*) Odpowiednie zakreślić.