



SANATORIUM DOLNOŚLĄSKIE

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W SOKOŁOWSKU/ROŚCISZOWIE

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

.....
Dotychczasowe leczenie

.....
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak / nie) *

.....
Liczba punktów w skali Bartel, 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) ***

- do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego *

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia
wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy