



SANATORIA 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