…………………………………….

pieczęć podmiotu leczenia

 wraz z nr REGON

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO W PRABUTACH**

**Niniejszym kieruję:**

……………………………………………………………………………………………….......

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu do kontaktu

……………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

……………………………………………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza i 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, nr telefonu do kontaktu)

……………………………………………………………………………………………………………………….

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

……………………….. ………………………………….

Miejscowość, data (podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić