

SKIEROWANIE

do Zakładu Opiekuńczo – Pielęgnacyjnego (5160) ALFA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL lub* Seria i Nr dokumentu stwierdzającego

tożsamość

Data i miejsce urodzenia -

Kod pocztowy Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Kod pocztowy, adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania

.....
nr telefonu do kontaktu

.....
Rozpoznanie w języku polskim według 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 świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

Miejscowość, data

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