

SKIEROWANIE**DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO DLA DZIECI
JASZKOTLE 21, 55-080 KĄTY WROCŁAWSKIE****Do ZOL w Jasz kotlu kieruję:**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu do kontaktu

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

Rozpoznanie w języku polskim wg ICD – 10 (choroba zasadnicza)

kod ICD – 10

Rozpoznanie w języku polskim wg ICD – 10 (choroby współistniejące)
Dotychczasowe leczenie

kod ICD – 10

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 i nazwisko)

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko)

Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić