

**SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO DLA DZIECI
JASZKOTLE 21 55-080 KĄTY WROCŁAWSKIE**

Niniejszym 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 język polskim wg ICD - 10 (choroba zasadnicza)

.....
kod ICD - 10

.....
Rozpoznanie w język polskim wg ICD - 10 (choroba zasadnicza)

.....
kod ICD - 10

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 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**