



Pieczętka jednostki kierującej do ZOLu

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

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 świadczeniobiorcy

.....
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