

.....
 miejscowość, data

.....
 /nr umowy ze Świętokrzyską Kasą Chorych/

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO I REHABILITACYJNEGO W BILCZY

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku braku – nr dowodu 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)****

.....
 podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
 * niepotrzebne skreślić

** jeżeli jest wymagana

*** fakultatywnie na wniosek świadczeniobiorcy