

SKIEROWANIE

**ZAKŁAD LECZNICZO-OPIEKUŃCZY DLA DZIECI „BETLEJEM”
44-330 JASTRZĘBIE ZDRÓJ, UL. PSZCZYŃSKA 11**

**Niniejszym kieruję do Zakładu Leczniczo – Opiekuńczego dla Dzieci „BETLEJEM”,
ul. Pszczyńska 11, 44-330 Jastrzębie Zdrój:**

.....
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

.....
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, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*:

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy