

SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU LECZNICZO – OPIEKUŃCZEGO DLA DZIECI „BETLEJEM”
ul. Pszczyńska 11, 44 – 335 Jastrzębie – Zdrój

Niniejszym kieruję do Zakładu Leczniczo – Opiekuńczego dla Dzieci „BETLEJEM”

.....
 Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
 Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
 Nr telefonu do kontaktu

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub

.....
 Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*

.....
 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 i 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

* W przypadku braku PESEL

** Niepotrzebne skreślić

*** Jeżeli jest wymagana

**** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy