

**SKIEROWANIE**  
**DO ZAKŁADU LECZNICZO-OPIEKUŃCZEGO DLA DZIECI**  
**W PISZKOWICACH, PISZKOWICE 53, 57-300 KŁODZKO**

Niniejszym 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 języku polskim wg ICD – 10 (choroba zasadnicza)

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

kod ICD – 10

.....  
 Rozpoznanie w języku polskim wg ICD – 10 (choroby współistniejące)

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

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)

**- do zakładu opiekuńczo – leczniczego.**

.....  
 Miejscowość, data

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

\_\_\_\_\_  
 \* Niepotrzebne skreślić