



Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Sp. z o.o.

Ul. Dworcowa 3 44-190 Knurów

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania pacjenta

.....
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 pacjenta

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Dotychczasowe leczenie:

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak / nie)

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)

.....
Miejscowość, data

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