



.....  
pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej

## SKIEROWANIE DO DRUGIEGO DOMU ZAKŁAD PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZY WSS NR 2 W JASTRZĘBIU-ZDROJU

**Niniejszym kieruję**

.....  
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....  
Numer telefonu do kontaktu

.....  
Numer PESEL a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość świadczeniobiorcy

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

.....  
Dotychczasowe leczenie.....

.....  
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, adres nr tel. do kontaktu)

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko nr tel. do kontaktu)

.....  
Miejscowość i data

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