załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
OŚRODKA MEDYCYNY PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W BĘDKOWIE

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Nr telefonu do kontaktu

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

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

.....

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Pacjent wymaga żywienia dojelitowego/pozajelitowego* (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, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)**

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

– do zakładu opiekuńczo-leczniczego*
– do zakładu opiekuńczo-leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie*

....
Miejscowość, data Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

* Niepotrzebne skreślić.

** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.