

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)  
Zmiany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia  
z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2060)<sup>1</sup>

Załącznik nr 3

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
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 świadczeniobiorcy

.....  
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 \*\* ..... pkt

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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego/ albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie<sup>1</sup>

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

<sup>1</sup> Zmiany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2060).