



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO REGULAMINU

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ

pieczęć podmiotu leczniczego

Niniejszym kieruję Panią/Pana.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

Rozpoznanie w języku polskim według ICD10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące):

.....
.....

Dodatkowy opis stanu chorego:

.....
.....
.....

Niepełnosprawność sprzężona (jeśli jest) jako następstwo choroby:

.....
(według klasyfikacji ICD10)

Niepełnosprawność intelektualna (jeśli jest) jako następstwo choroby:

.....
(według klasyfikacji ICD10)

Liczba pkt. w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca:

- do objęcia usługą opiekuńczą w miejscu zamieszkania.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

