

Pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

PZN Centrum Edukacyjno - Leczniczo - Rehabilitacyjne
dla Dzieci i Młodzieży
ul. Zawadzkiego 128 43-229 Rudółtownice
NIP : 638-15-90-555 REGON : 27630234200130
KS.REJ. 000000012161 TEL. 32 449 05 59

Niniejszym kieruję:

.....PESEL

imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

.....

adres zamieszkania ,telefon

.....

kod poczt.

.....

adres do korespondencji

.....

dane osobowe rodziny, przedstawiciela ustawowego, nr.tel.

ROZPOZNANIE wg ICD-10

Choroba zasadnicza	
Choroby współistniejące	
Dotychczasowe leczenie	
Potrzeba kontynuacji leczenia* : TAK / NIE	
Liczba punktów w skali Barthel którą uzyskał pacjent:	
Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia* : TAK / NIE	
.....	
Lekarz POZ (nazwa POZ, imię i nazwisko, tel.)	
.....	
Pielęgniarka POZ (nazwa POZ, imię i nazwisko, tel.)	
.....	

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

.....

pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

miejsowość, data:.....

* niepotrzebne skreślić