

pieczęć podmiotu leczniczego z nr umowy z NFZ

.....dnia.....
(miejsowość)

Skierowanie lekarskie

Kieruję Panią/ Pana
(imię i nazwisko)

data urodzenia..... płęć K/M*.....PESEL.....

seria, nr dowodu osobistego..... nr telefonu.....

zamieszkałą(zamieszkałego)
(miejsowość, gmina, ulica, nr domu)

Do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Pielęgnacyjno – Opiekuńczego* NZOZ Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Gryfowie Śląskim ul. Rzeczna 25, 59 – 620 Gryfów Śląski

na okres

1. Rozpoznanie podstawowe będące przyczyną skierowania

Kod ICD10

--	--	--	--	--

2. Rozpoznanie współistniejące

Kod ICD10

--	--	--	--	--

3. Przyjmowane leki:

Nazwa leku	Dawkowanie

4. Obecność odleżyn tak/nie*

Okolica i rozległość.....

5. Karmienie: doustne, sonda, PEG*

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje na pobyt stały albo na czas określony, a skierowanie do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego na czas określony. Jeżeli w chwili przyjęcia dane pacjenta o stanie zdrowia będą znacząco odbiegały od stanu opisanego w zaświadczeniu lekarskim Zakład zastrzega sobie prawo odmowy przyjęcia.

*niepotrzebne skreślić