

## SKIEROWANIE DO PLACÓWKI USŁUG ZDROWOTNYCH „VITA BENE”

Proszę o przyjęcie na pobyt dzienny\*/całodobowy\*/opieki wytchnieniowej\*

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Adres zamieszkania Pacjenta .....

Numer telefonu do kontaktu .....

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

.....

Rozpoznanie w języku polskim wg ICD10; choroba zasadnicza i choroby współistniejące:

.....

.....

Dotychczasowe leczenie:

.....

.....

.....

Przypadek wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (TAK\* NIE\*)

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej: imię, nazwisko numer telefonu do kontaktu

.....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej: imię, nazwisko numer telefonu do kontaktu

.....

Miejscowość, data.....

Pieczęć i podpis lekarza.....

*\*niepotrzebne skreślić*

*Załącznik nr 3*