



SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

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)

**Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca.....
– do dziennego domu opieki medycznej.**

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie*