|  |
| --- |
| **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  podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie |