Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

***„Organizacja i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Strachówce drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu wołomińskiego”, Nr RPMA.09.02.02-14-b426/18***

|  |
| --- |
| **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 |