



Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że Pan/i

.....
wymaga skierowania do dziennego domu opieki medycznej z uwagi na stan zdrowia i stopień niesamodzielnosci.

W/wym. jest osobą *:

- będącą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, której stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnosci oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnosci,
- u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie,
- której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Inne uwagi:

.....
.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

*proszę wstawić znak x w odpowiednie pole

Projektu pn. „Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych osobom niesamodzielnym poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Milanówku” - RPMA.09.02.02-14- b421/18 jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020, oś priorytetowa IX *Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem*, działanie 9.2 *Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*, poddziałanie 9.2.2 *Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych*.