



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

Projekt pn. "Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej na Ochocie", – RPMA.09.02.02-14-b423 współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa w ramach Regionalnego Program 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*.