

Załącznik nr 2 do Regulaminu

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