



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
lecniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje
zawód w tym podmiocie