



Projekt pn.: „Program usług zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej powiatu szamotulskiego dla niesamodzielnych seniorów i ich opiekunów faktycznych.” RPWP.07.02.02-30-0104/17
Partner Wiodący: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo-Doradcza A. Gawrońska Spółka Jawna
Partner: Wielkopolskim Stowarzyszeniem Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”

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

