



Projekt pn.: „Dzienny Dom Opieki Medycznej - usługi zdrowotne i społeczne dla niesamodzielnych osób starszych, mieszkańców powiatu konińskiego.” RPWP.07.02.02-30-0152/19

Partner Wiodący: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo-Doradcza A. Gawrońska Spółka Jawna

Partner: Wielkopolskim Stowarzyszeniem Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”

Partner: POWIAT KONIŃSKI

## 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

Partner Wiodący

Partner

Partner

Biuro organizacyjne

ul. Perzycka 22, 6-182 Poznań  
tel. 61-862-64-85, e-mail: [biuro@centrum-kompetencji.pl](mailto:biuro@centrum-kompetencji.pl)  
[www.centrum-kompetencji.pl](http://www.centrum-kompetencji.pl)



POWIAT KONIŃSKI