*Załącznik 1*

*do Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej*

**SKIEROWANIE**

Niniejszym kieruję Panią/Pana:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………… |

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

