



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Wielkopolski.”

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.



Dodatkowe wskazania medyczne : Transport TAK/NIE

.....
Uzasadnienie
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
Podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia
Zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie