



Rzeczpospolita
Polska



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego
Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skoczowie

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W SKOCZOWIE

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 w Skoczowie

Stwierdzam, że u w/w osoby **WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*** ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.

***niepotrzebne skreślić**

.....
Miejscowość, data

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