



Projekt "Z nami wrócisz do formy – kompleksowe wsparcie, rehabilitacja oraz terapia osób starszych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Legnicy " nr RPDS.09.03.00-02-0013/18 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## 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 .....

**kwalifikujące 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