Zał. 1

Ekumeniczna Stacja Opieki - Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej we Wrocławiu

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

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