Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II w Katowicach”

**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**.

…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………

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