



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Oddział Geriatryczny”

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO

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)

Pacjent choruje na chorobę przewlekłą ICD-10:

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Pieczęć podmiotu leczniczego

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. |
tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl