



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

**SKIEROWANIE DO DZIENNEGO ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO (druga edycja)**

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....

[ ] pobyt dzienny [ ] rehabilitacja geriatryczna

Niniejszym kieruję:

IMIĘ I NAZWISKO ŚWIADCZENIOBIORCY	
ADRES ZAMIESZKANIA ŚWIADCZENIOBIORCY	
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
NUMER PESEL ŚWIADCZENIOBIORCY	

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

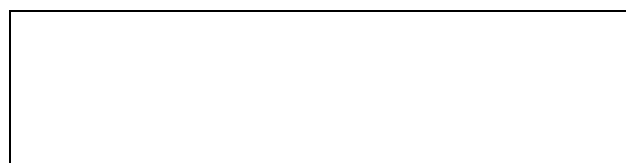
Pacjent choruje na chorobę przewlekłą ICD-10: .....

Ryzyko zagrożenia upadkiem (wymagane przy kierowaniu na rehabilitację geriatryczną):

Zobowiązuję się do zapoznania się z wynikami terapeutycznymi oraz zaleceniami dotyczącymi dalszej terapii po pobycie w dziennym Oddziale Geriatrycznym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego



Pieczęć podmiotu leczniczego

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny – druga edycja” 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. e-mail: katowice@emc-sa.pl | katowice.emc-sa.pl | senior@emc-sa.pl