Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

 |