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 | |