**SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**Niniejszym kieruję:**

.......................................................................................................................................................

Imię (imiona) 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 – rodzaj, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy i kraj wystawienia

.......................................................................................................................................................

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

 podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia

 zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie