



**SKIEROWANIE DO
DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM**

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.