ZAŁĄCZNIK NR 1a

|  |
| --- |
| **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  podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia  zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie |