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 podmiotupodmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczeniazdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie |