Załącznik nr. 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Nowym Dworze Mazowieckim”

**Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej**

**Niniejszym kieruję:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….iImię i nazwisko Świadczeniobiorcy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Adres zamieszkania Świadczeniobiorcy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Numer 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**

**Dodatkowe wskazania medyczne: Transport TAK/NIE**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Uzasadnienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….. …………………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć Podmiotu leczniczego, w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód,w tym podmiocie