**ZAŁĄCZNIK NR 2** DO

*REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO*

*DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W GŁOGOWIE*

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