**Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej**

**Niniejszym kieruję**

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

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

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

Adres do korespondencji świadczeniobiorcy (jeśli inny niż zamieszkania)

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

Numer telefonu do kontaktu ze świadczeniobiorcą

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

Numer PESEL świadczeniobiorcy a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

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

Rozpoznanie w języku polskim wg 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