**Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o. o.**

**SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**(proszę wypełnić drukowanymi literami)**

**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 |