



## 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

„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Klonowcu Starym k. Kutna jako alternatywna forma opieki nad osobami zależnymi”