

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

.....

Czy Świadczeniobiorca musi korzystać z transportu zorganizowanego przez DDOM:

TAK

NIE

Szczegółowe uzasadnienie braku możliwości korzystania z transportu publicznego

.....

.....

.....

.....

.....



Miejscowość, data

*Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć Podmiotu
lecniczego, w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje
zawód w tym podmiocie*

POZnań*



FLANDRIA
Stowarzyszenie
Wzajemnej Pomocy

Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2024” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania