

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

Szczegółowe uzasadnienie braku

NIE

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

