

**Załącznik nr II do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej dla mieszkańców Poznania – skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej.**

**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*

**POZnań\***



**Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania**

**- do Dziennego Domu Opieki Medycznej.**

Dodatkowe wskazania medyczne: Transport TAK/NIE

.....  
.....

Uzasadnienie

.....  
.....

.....  
*Miejscowość, data*

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

**POZnań\***



**Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania**