

**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*

**POZnań\***

**FUNDACJA  
CENTERMED  
POZNAŃ**



**FLANDRIA**  
Stowarzyszenie  
Wzajemnej Pomocy