



SKIEROWANIE
DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ
w Chyliczkach, przy ul. Krótkiej 1

Niniejszym Kieruję:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż 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