

**Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji**

**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** ..............................................................

................................. ..........................................................................................

Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia

zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie