



### 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 .....  
– do **dziennego domu opieki medycznej**.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu  
lecniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje  
zawód w tym podmiocie