



ZAŁĄCZNIK NR 1

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Projekt pn: „Program usług zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej powiatu szamotulskiego dla niesamodzielnych seniorów i ich opiekunów faktycznych”

Wnioskodawca: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo-Doradcza A.Gawrońska Sp.j.

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 leczniczego, w przypadku gdy lekarz
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie