*Załącznik 1*

*do Regulaminu Miejskiego Ośrodka Opieki*

 **SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

Niniejszym kieruję Panią/Pana:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………. |

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

