

SKIEROWANIE DO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję:
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres zamieszkania świadczeniobiorcy)

.....
(adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Numer PESEL świadczeniobiorcy

Nr telefonu do kontaktu

Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy w przypadku braku PESEL

–

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

.....

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca
kierowany do domu opieki medycznej.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
lecniczego