



Załącznik nr 2 do Regulaminu  
Rekrutacji do Dziennego Domu  
Opieki Medycznej w Waksmundzie

## 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