

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Numer 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) ubiegający się o przyjęcie
do Dziennego Domu Opieki Medycznej

.....
Miejscowość i data

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



SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI im. św. Jana Pawła II
05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Dyrekcja: tel. 22 755 91 11, fax: 22 755 91 09, www.szpitalzachodni.pl
Konto PKO BP S.A. 06 1440 1101 0000 0000 0808 1476, REGON: 000311639, NIP: 529-10-04-702