



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



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MOŻ-MED” Spółka Jawna Możdżan
ul. Miła 27, 99 – 200 Poddębice tel. 43 678 98 99

mail: mozmed.poczta.pl@vp.pl, mozdzanm@poczta.onet.pl

strona internetowa: www.mozmed.pl

Projekt: Poprawa jakości życia osób niesamodzielných, w tym szczególnie osób starszych, poprzez utworzenie
DDOM przy NZOZ MOZ-MED w Poddębicach ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego