



Projekt pn. „Społeczność siłą rozwoju – rozwój usług opiekuńczych na terenie objętym LSR Ziemia Pszczyńska” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

## **ZAŁĄCZNIK NR 2 DO REGULAMINU**

### **SKIEROWANIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ**

**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)*

.....  
*Dodatkowy opis stanu chorego*

.....  
*Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca*

**-do objęcia opieką w domu osoby niesamodzielnej**

.....  
Miejscowość, data

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

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020



Ul. Skłodowskiej 1, 43-200 Pszczyzna, KRS: 0000130935, NIP: 6381523665,  
tel/fax: 32 738-62-62, [www.hospicjumojcapiu.pless.pl](http://www.hospicjumojcapiu.pless.pl), email: [pio@hospicjumojcapiu.pless.pl](mailto:pio@hospicjumojcapiu.pless.pl)