

ZAŁĄCZNIK NR 2

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

