



ZAŁĄCZNIK NR 2

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ W WARUNKACH DOMOWYCH

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

.....
miejsowość i data

.....
Podpis lekarza ubezpiecz. zdrowotnego i
pieczęć podmiotu, gdy lekarz ubezpiecz.
zdrowotnego wykonuje zawód w tym
podmiocie



Hospicjum św. Ojca Pio, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 43-200 Pszczyna

KRS: 0000130935, NIP: 6381523665, tel. 32 445 78 08, www.hospicjumojcapio.pl, mail: pio@hospicjumojcapio.pless.pl

Hospicjum św. Ojca Pio realizuje grant pt. „Hospicjum może więcej – opieka domowa na terenach wiejskich gminy Pszczyna” w ramach projektu „Skalowanie innowacji społecznej Opieka domowa na terenach wiejskich” współfinansowanego ze środków EFS w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020