



Załącznik nr 1 do Formularza Rekrutacyjnego

## SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ zlokalizowanego w Michałów – Reginów, ul. Akacyjowa 2

(prosimy wypełnić niniejszy dokument czytelnie, drukowanymi literami)

Tytuł Projektu: <i>Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew</i>
Nr Projektu: <i>RPMA.09.02.02-14-d513/19</i>
Oś priorytetowa IX Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem
Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

### Niniejszym Kieruję:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż 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