



ZAŁĄCZNIK NR 1

Do Regulaminu rekrutacji w projekcie

Projekt pn.: „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w społeczności Miasta Poznania i gminy Czerwonak dla niesamodzielnych osób starszych”. RPWP.07.02.02-30-0031/18

Wnioskodawca: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej "Hospicjum Domowe"

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