



Załącznik nr 1A do DDOM

**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*