



Załącznik nr 2 do Regulaminu

Pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

ZLO ul. gen. Romana Abrahama 16

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)

.....

Miejscowość, data, podpis lekarza