

Załącznik nr 2 do Regulaminu

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ
Ul. Remiszewska 14

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