

Załącznik nr 1 do Procedury przyjęcia pacjenta do Centrum Geriatrycznego (CG) – VITAMED Sp. z o.o.

SKIEROWANIE DO CENTRUM GERIATYCZNEGO (CG) – VITAMED Sp. z o.o.

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 Centrum Geriatrycznego – VITAMED Sp. z o.o.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz
pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy
lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje
zawód w tym podmiocie