Załącznik nr 4

**SKIEROWANIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Niniejszym kieruję:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i Nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu do kontaktu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Numer PESEL

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Liczba punktów w skali Barthel

**do objęcia opieką w ramach projektu „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion katowicki”.**

Dodatkowe uwagi lekarza kierującego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis i pieczątka lekarza kierującego oraz pieczęć Podmiotu

leczniczego, w którym lekarz kierujący wykonuje zawód