



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 sosnowiecki”.

Dodatkowe uwagi lekarza kierującego:

.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego oraz pieczęć Podmiotu
leczniczego, w którym lekarz kierujący wykonuje zawód