



## SKIEROWANIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

*„Poprawa dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą”*

### 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

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

.....  
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał Świadczeniobiorca

**do objęcia opieką w ramach projektu „Poprawa dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą”.**

Dodatkowe uwagi lekarza kierującego:

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

.....  
Miejscowość, data    Podpis i pieczęć lekarza kierującego oraz pieczęć Podmiotu  
lecniczego, w którym lekarz kierujący wykonuje zawód