

SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

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

.....

Dotychczasowe leczenie.....

Potrzeba konsultacji dotychczasowego leczenia(tak/nie)*.

Liczba punktów w skali Barthel, które uzyskał Świadczeniobiorca**.....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak, nie).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....

Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej Świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek Świadczeniobiorcy