



## Pieczęć placówki kierującej

### Skierowanie do ośrodka stacjonarnego na krótkoterminową opiekę całodobową

- I. Imię i nazwisko .....
- Seria i numer dowodu osobistego .....
- Data i miejsce urodzenia .....
- Dokładny adres .....
- Telefon kontaktowy .....
- PESEL .....

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10

.....

.....

.....

III. Dotychczasowe leczenie specjalistyczne

.....

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie)

.....

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK ..... NIE .....

Czy chory ma wyłonioną stomię, przetokę, cewnik w pęcherzu? (właściwe podkreślić)

IV. Przyjmowane leki

.....

.....

.....



VI. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....  
.....

VII. Nieodłącznym warunkiem niniejszego skierowania do oddziału jest wyrażenie świadomej zgody pacjenta na pobyt lub oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym

.....  
.....

.....  
podpis osoby kierowanej

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

