



SKIEROWANIE LEKARSKIE

KIERUJĘ PANIA/PANA

PESEL

NR. TEL.

ADRES

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO
SZPITALA W NOWYM DWORZE GDAŃSKIM
POWIATOWEGO CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W MALBORKU

1. ROZPOZNANIE PODSTAWOWE BĘDĄCE PRZYCZYNĄ SKIEROWANIA- **KOD ICD-10**

2. ROZPOZNANIE WSPÓLISTNIEJĄCE- **KOD ICD-10**

3. DOTYCHCZASOWE LECZENIE:

POTRZEBA KONTYNUACJI LECZENIA: TAK

NIE

4. PRZYJMOWANE LEKI:

DAWKOWANIE:

5. ŻYWIENIE:

DOUSTNE

SONDA

PEG

5. OBECNOŚĆ ODLEŻYN: TAK

NIE

OKOLICA I ROZLEGŁOŚĆ:

STOPNIE ODLEŻYN WG. SKALI TORRANCE'A:

6. LICZBA PUNKTÓW W SKALI BARTHEL

7. PRZYPADK NAGŁY, WYNIKAJĄCY ZE ZDARZEŃ LOSOWYCH I UZASADNIONY STANEM ZDROWIA:

TAK

NIE

8. LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZENIOBIORCY:

IMIĘ I NAZWISKO

NR. TEL.

9. PIEŁĘGNIARKA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZENIOBIORCY:

IMIĘ I NAZWISKO

NR. TEL.

UWAGA!

JEŻELI W CHWILI PRZYJĘCIA PACJENTA, DANE O STANIE ZDROWIA BĘDĄ ZNACZĄCO ODBIEGAŁY OD STANU OPISANEGO W ZAŚWIADCZENIU LEKARSKI, ZAKŁAD ZASTRZEGA SOBIE PRAWO ODMOWY PRZYJĘCIA.

MIJSCOWOŚĆ, DATA

PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO

ORAZ PIECZĘĆ PODMIOTU LECZNICZEGO, W PRZYPADKU GDY LEKARZ UBEZP. ZDROW. WYKONUJE WZAWÓD W TYM PODMIOCIE