

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

miejsowość.....data.....

SKIEROWANIE

Do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/dla dzieci wentylowanych mechanicznie¹

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

.....Kod ICD-10:.....

Zalecenia lekarskie (cel porady):

.....

.....

.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Załączniki:

- Kwalifikacja do objęcia opieką w warunkach domowych wydana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc (tylko w przypadku wentylacji nieinwazyjnej).
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis).

¹ Niepotrzebne skreślić.