

....., dnia r.



PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

SKIEROWANIE
do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Pan/Pani

Adres:

PESEL:

Rozpoznanie (choroba zasadnicza)

.....

w języku polskim

..... **kod (ICD10)**

Zalecenia lekarskie / Cel porady:

Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

1. Pacjent nie otrzymał skierowania do objęcia opieką paliatywną, hospicyjną, tlenoterapii w warunkach domowych lub pielęgniarskiej opieki długoterminowej.
2. Pacjent nie otrzymał wniosku o zabezpieczenie w aparacie do leczenia bezdechu sennego.

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza

W załączeniu:

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