

.....
(miejsowość i data)

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez:

„KAŚMIN” DOM SENIORA SP. Z O.O.

DROŻDŻÓWKA 5A, 05-332 SIENNICA

(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z zakładem

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję do zakładu opiekuńczo – leczniczego:

.....;
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy PESEL

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Osoba wskazana do kontaktu: imię i nazwisko, numer telefonu

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....
.....
.....

Badanie przedmiotowe: waga:....., wzrost:....., ciepłota:.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe:

2. Układ Oddechowy:

3. Układ krążenia: (wydolny – niewydolny)*, ciśnienie krwi:....., tętno/min:.....

4. Układ trawienia:

5. Układ moczowo – płciowy:

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności samoobsługi:.....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów :.....

8. **Rozpoznanie** (choroba zasadnicza):.....

Przyjmowane leki.....

.....

9. Schorzenia współistniejące: *

a. Choroba zakaźna **TAK / NIE**, jeśli tak to jaka:.....

b. Gruźlica **TAK / NIE**, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym: **TAK / NIE**

c. Narkomania **TAK / NIE**

d. Choroba psychiczna **TAK / NIE**, jeśli tak to jaka:.....

.....

II. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*

III. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*.
Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu

IV. Nieodłącznym warunkiem niniejszego skierowania jest załączenie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego

.....
(podpis pacjenta lub prawnego opiekuna) (pieczęć, podpis lekarza, data)

*_niepotrzebne skreślić