

pieczęć zakładu kierującego

SKIEROWANIE

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

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza oddziału kierującego