

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

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 ubezpieczenia zdrowotnego