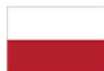




Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO REGULAMINU

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Nazwisko i imię pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

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

.....

.....

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

☐ odleżyny ☐ owrzodzenia troficzne ☐ rany przewlekłe

2. Układ oddechowy

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

4. Układ pokarmowy

☐ gastrostomia ☐ zgłębnik do żołądka ☐ nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy

☐ nietrzymanie moczu ☐ cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

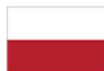
☐ leżący ☐ chodzący ☐ poruszający się z pomocą osób trzecich/przedmiot. ortoped.



Hospicjum św. Ojca Pio | 43-200 Pszczyna ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1A
tel. 32 445 78 08 www.hospicjumojcapio.pl | KRS 0000130935
konto bankowe 03 1020 2528 0000 0702 0015 2728



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD - 10):

.....

III. Stwierdzam, że osoba ww. wymaga opieki pielęgniarstwa i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego)