



## 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.



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

.....

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

.....

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

**IV.** Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego)