Oznaczenie świadczeniodawcy

#### SKIEROWANIE

**DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta ...................................................................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................................................................................

Adres zamieszkania........................................................................................................................................................

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

1. Układ oddechowy .......................................................................................................................................................

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

1. 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/ przedmiotów ortopedycznych

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

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

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

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

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

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

 (pieczęć, podpis lekarza, data)

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

imię i nazwisko pacjenta miejsce i data

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

adres zamieszkania

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

PESEL

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

telefon kontaktowy

**ZGODA PACJENTA**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniem Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego

w Mierzęcicach – Osiedle 76 w zakresie **PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

 Jestem ubezpieczona/ny Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

…………………………………………………………………………………………………

**Seria i numer legitymacji ubezpieczeniowej:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych

świadczeniodawcy i płatnika.

przesłanej dokumentacji dla potrzeb niezbędnych do sprawowania nade mną opieki w ramach świadczenia

zespołu długoterminowej opieki dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie (zgodnie z Ustawą z dnia

29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).

 Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych oraz informacji o moim stanie zdrowia

personelowi medycznemu sprawującemu nade mną opiekę w ramach w/w świadczenia.

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

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego