

....., data

Oznaczenie placówki kierującej
(nazwa, adres, telefon kontaktowy, ew. czytelna pieczętka)

SKIEROWANIE DO IZOLATORIUM

23 Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego
pl. Mariański 7/8
57-540 Łądek-Zdrój
tel. 501955104 email: pawilon2@23wszur.pl

DANE OSOBY IZOLOWANEJ

NAZWISKO I IMIĘ:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA/POBYTU:

TELEFON KONTAKTOWY:

OPIS STANU ZDROWIA OSOBY KIEROWANEJ DO IZOLATORIUM*:

*NALEŻY ZAKREŚLIĆ

1. Osoba z dodatnim wynikiem testu TAK NIE

DATA WYKONANIA TESTU:

DATA PLANOWANEGO ZAKOŃCZENIA IZOLACJI:

2. Pacjent zdolny do samoobsługi samopielęgnacji TAK NIE
(JEŚLI JEST NIEZDOLNY/A, NIE MOŻE ZOSTAĆ SKIEROWANY/A DO IZOLATORIUM)

3. Pacjent nie wymaga leczenia szpitalnego TAK NIE
(JEŚLI WYMAGA LECZENIA W WARUNKACH SZPITALNYCH NIE MOŻE ZOSTAĆ SKIEROWANY/A DO IZOLATORIUM)

4. Opis stanu osoby kierowanej

CZY W MOMENCIE KIEROWANIA WYSTĘPUJĄ OBJAWY INFEKCJI LUB INNE (jeśli tak to jakie), CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE I AKTUALNA FARMAKOTERAPIA.

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