

Pieczeńć jednostki kierującej	QD-8W	NZOZ ZOL SERDECZNA TROSKA <i>Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla pacjenta wentylowanego mechanicznie</i> 31-752 Kraków, ul. Ujastek 3 tel.(12) 643-02-49, 600-513-513
	Nr Ks. Rej. 1201290-01 Nr Oddz. 004	
	SKIEROWANIE DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W DOMU	

..... PESEL

imię i nazwisko chorego

..... -

adres zamieszkania

kod pocztowy

..... dane osobowe rodziny, przedstawiciela ustawowego, nr telefonu

WYWIAD LEKARSKI

.....

.....

.....

.....

.....

ROZPOZNANIE – choroba zasadnicza

.....

.....

.....

.....

.....

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

.....

.....

.....

.....

.....

Chory wymaga wentylacji mechanicznej – obecnie nie wymaga hospitalizacji

..... data

..... pieczętka i podpis lekarza spec. anestezjologii