

Zaświadczenie Lekarskie

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Pielęgniarskiego Domu Opieki „Leśna Oaza” w Chęcinach ul. Czerwona Góra 11.

.....

2. Numer Pesel:

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Osoba wymaga opieki pielęgniarskiej - opiekuńczej w zakresie:

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

5. Choroby somatyczne:

Rozpoznanie wg ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

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

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

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

6. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*

7. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Pielęgniarski Dom Opieki „Lena Oaza”:

- ✓ Pielęgnacja chorych

