

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM**

..... PESEL

.....
imię i nazwisko pacjenta

ROZPOZNANIA ICD 10

Choroba zasadnicza:

Choroby współistniejące:

Czy pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do leczenia w warunkach Zakładu Opiekuńczo Leczniczego

TAK

NIE

UZASADNIENIE :

ZALECENIA

Sonda żołądkowa	<i>typ, rozmiar:</i>		<i>data założenia:</i>		<i>data ostatniej wymiany:</i>	
Gastrostomia	<i>typ, rozmiar:</i>		<i>data założenia:</i>		<i>data ostatniej wymiany:</i>	

Dieta:

Aktualne leczenie farmakologiczne:

Inne uwagi:

Aktualne miejsce leczenia

Pobyt od dnia:

Lekarz kwalifikujący:

Pieczątka, podpis:

Data :