

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM	Pieczętka placówki
..... PESEL <i>imię i nazwisko pacjenta</i>	

ROZPOZNANIA ICD 10 <i>Choroba zasadnicza:</i>						
<i>Choroby współistniejące:</i>						
Czy pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do leczenia w warunkach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego						
TAK			NIE			
UZASADNIENIE:						
ZALECENIA						
Sonda żołądkowa	typ, rozmiar:		data założenia:		data ostatniej wymiany:	
Gastrostomia	typ, rozmiar:		data założenia:		data ostatniej wymiany:	
Dieta:						
Aktualne leczenie farmakologiczne:						
Inne uwagi:						
<i>Aktualne miejsce leczenia</i>					<i>Pobyt od dnia:</i>	
<i>Lekarz kwalifikujący:</i>						
<i>Pieczętka, podpis:</i>				<i>Data:</i>		