



OŚRODEK REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY "KWITNĄCA"
32-091 Zagórzycze Dworskie, ul. Kwitnąca 3
KTMD SP. Z O.O
Al. Kijowska 24 /LU 6
30-079 Kraków
NIP: 677 233 84 81

Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

Data.....

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

Data urodzenia.....

Pacjent przebywa w:

- ☐ Szpitalu - Nazwa Szpitala/adres
Oddział
- ☐ Domu
- ☐ ZOL - Nazwa Szpitala/adres
- ☐ Dom Opieki/inne - Nazwa Szpitala/adres

Rozpoznanie kliniczne (choroba podstawowa):

Choroby współistniejące:

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

W tym:

Choroby zakaźne, zakażenia, nosicielstwo:

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

Choroby onkologiczne

.....

Choroby psychiczne

.....



OŚRODEK REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY "KWITNĄCA"
32-091 Zagórzycze Dworskie, ul. Kwitnąca 3
KTMD SP. Z O.O
Al. Kijowska 24 /LU 6
30-079 Kraków
NIP: 677 233 84 81

Zastosowane leczenie (*Zabiegi, procedury operacyjne, zastosowane leki*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktualny stan pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

Kontakt słowny z pacjentem:

- ☐ pacjent odpowiada logicznie, jest zorientowany, gdzie jest, kim jest (jak się nazywa) i jaka jest data
- ☐ pacjent udziela odpowiedzi w sposób splątany, jest zdezorientowany,
- ☐ pacjent udziela nieadekwatnych odpowiedzi, nie na temat lub krzyczy
- ☐ pacjent wydaje niezrozumiałe dźwięki, pojękuje
- ☐ brak reakcji

Oddech:

- ☐ wydolny, ☐ tlenoterapia, ☐ wentylacja nieinwazyjna, ☐ wentylacja inwazyjna
- ☐ rurka tracheotomijna (rodzaj)

Odżywianie:

- ☐ Samodzielne, ☐ Karmienie ☐ Przez zgłębnik, ☐ PEG, ☐ Żywienie pozajelitowe

Pacjent znajduje się pod opieką Poradni Żywienia:

Tak / Nie

Nazwa poradni:



OŚRODEK REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY "KWITNĄCA"
32-091 Zagórzycze Dworskie, ul. Kwitnąca 3
KTMD SP. Z O.O
Al. Kijowska 24 /LU 6
30-079 Kraków
NIP: 677 233 84 81

Skóra:

Zmiany na skórze:

.....

Odleżyny (miejsce i stopień odleżyny)

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

Kontrola zwieraczy:

.....
.....

Inne ważne informacje/Uwagi

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

Pacjent może przebywać w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

Data i podpis lekarza kierującego