



NFZ

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ

SKIEROWANIE

DO ZAKŁADU REHABILITACJI DO LECZENIA W RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”

(wniosek należy wypełnić drukowanymi literami)

Niniejszym kieruję

.....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku-numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

Liczba punktów w skali Glasgow, którą uzyskał świadczeniobiorca w dniu badania

.....

Żywienie Pacjenta: dojelitowo: PEG/sonda/jejunostomia*

Ocena spastyczności: Pacjent ze spastycznością/bez spastyczności *

Pozostawanie w okresie śpiączki w okresie:

-nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu (tak/nie)* - udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę.....

- nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej (tak/nie)* - udokumentowana data wystąpienia śpiączki nieurazowej



NFZ

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ

- nie krótszym niż 6 tygodni – (tak/nie)* udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę.....

- Stabilność podstawowych parametrów życiowych w dniu badania (tak/nie)*

- Stabilność oddechowa bez wspomagania mechanicznego (tak/nie)*

- Obecność rurki tracheotomicznej (tak/nie)*

- Obecność odleżyn, ran (tak/nie)* / opis rany/odleżyny

.....

- Aktualne leczenie farmakologiczne:

.....

.....

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....

- do Zakładu Rehabilitacji na leczenie w ramach Programu zdrowotnego „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego z kodami resortowymi

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

****Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu Pacjenta do Leczenia w Zakładzie Rehabilitacji podejmuje lekarz Oddziału w dniu przyjęcia