

ZALECENIA LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzeniaPesel.....

Adres

I. ZAKRES WYMAGANEJ OPIEKI MEDYCZNEJ: Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona :

- Wymaga całodobowej pielęgnacji, rehabilitacji, kontynuacji leczenia przewlekłego: tak- nie^{*)}
- W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak- nie^{*)}
- Proces diagnostyczny i intensywny terapeutyczny został zakończony: tak – nie^{*)}
- Hospitalizacja w oddziale rehabilitacji neurologicznej: wymaga; nie wymaga, nie zakwalifikowany, oczekuje na przyjęcie; po hospitalizacji^{*)}
- Kwalifikacja do leczenia żywieniowego: tak – nie^{*)}

cel.....

- Wymaga przyjęcia w trybie planowym/pilnym^{*)} .Uzasadnienie konieczności pilnego przyjęcia:

.....
.....**II. AKTUALNIE STOSOWANE LEKI (nazwa, dawkowanie):**.....
.....
.....
.....
.....**III. ŻYWIENIE:**

Dostęp

Sposób podania

Rodzaj diety:

.....
Miejscowość, data.....
pieczętka i podpis lekarza

*Niepotrzebne skreślić