

ZALECENIA LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia **Pesel**.....

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