

SKIEROWANIE¹ DO IZOLATORIUM²

¹NALEŻY WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

²PRZED PRZEKAZANIEM PACJENTA KONIECZNY KONTAKT TELEFONICZNY Z IZOLATORIUM W CELU USTALENIA MIEJSCA I TERMINU PRZYJĘCIA (SKIEROWNIE NALEŻY PRZEKAZAĆ BEZPOŚREDNIO LUB DROGĄ ELEKTRONICZNĄ – SKAN, MAIL, ITP.)

OZNACZENIE IZOLATORIUM / *DANE OBOWIĄZKOWE DO WYPEŁNIENIA	
PODMIOT	UZDROWISKO ŁĄDEK – DŁUGOPOLE S.A.
NAZWA*	IZOLATORIUM – SANATORIUM UZDROWISKOWE „JAN”
ADRES*	UL. PADEREWSKIEGO 7, 57-540 ŁĄDEK-ZDRÓJ
TELEFON	74-8146385 – izolatorium / 660 679 544 – koordynator przyjęć
adres mailowy	izolatorium@uzdrowisko-ladek.pl

OZNACZENIE KIERUJĄCEJ PLACÓWKI ZDROWIA (nazwa, adres, telefon kontaktowy, ew. pieczętka):
Skierowano do izolacji poprzez stronę*: www.rejestr covid.mz.gov.pl / www.gabinet.gov.pl
*WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ LUB USUNĄĆ

DANE OSOBY IZOLOWANEJ	
IMIĘ I NAZWISKO:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU:	
TELEFON KONTAKTOWY:	
OPIS STANU ZDROWIA OSOBY KIEROWANEJ DO IZOLATORIUM*:	
*PROSIMY ZAKREŚLIĆ LUB USUNĄĆ	
TAK*	NIE*
OSOBA Z DODATNIM WYNIKIEM TESTU NA OBECNOŚĆ WIRUSA SARS-COV-2 (w miarę możliwości należy załączyć wynik)	
DATA PIERWSZEGO DODATNIEGO WYMAZU:	
TAK*	NIE*
ZDOLNY/A DO SAMOOBSŁUGI (JEŚLI JEST NIEZDOLNY/A, NIE MOŻE ZOSTAĆ SKIEROWANY/A DO IZOLATORIUM)	
TAK*	NIE*
NIE WYMAGA LECZENIA W WARUNKACH SZPITALNYCH (JEŚLI WYMAGA LECZENIA W WARUNKACH SZPITALNYCH NIE MOŻE ZOSTAĆ SKIEROWANY/A DO IZOLATORIUM)	
CRB-65*:	
(w punktach)	
0 1 2	
3 4	
TAK*	NIE*
W MOMENCIE KIEROWANIA DO IZOLATORIUM OSOBA BEZ OBJAWÓW INFЕКCJI	
OPIS STANU PACJENTA (jeśli dotyczy – objawy infekcji lub inne, choroby przewlekłe, aktualna farmakoterapia):	

.....
DATA, IMIĘ I NAZWISKO, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO, PODPIS, ew. PIECZĄTKA