

.....
Podmiot kierujący

.....
data

SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO
(wypełnia lekarz kierujący)

1. Nazwisko i imię

2. Data urodzenia

3. Adres do korespondencji

.....
kod pocztowy / miejscowość / ulica / nr domu / nr mieszkania

4. Nr PESEL 5. Nr telefonu

Sugerowany tryb przyjęcia: STABILNY / PILNY

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej/ stanu będących przyczyną hospitalizacji (w języku polskim)

.....
.....

7. Choroby współistniejące i przebyte operacje

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

8. Cukrzyca: TAK / NIE

9. Ocena stanu psychicznego:

a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia: TAK / NIE

b) uzależnienia TAK/ NIE. Jeżeli TAK od czego:

.....

b) czy wymaga stosowania leków uspokajających: TAK / NIE

c) jeśli odpowiedź na pkt b) jest twierdząca, proszę wymienić zażywane leki:

.....
.....

10. Cewnik moczowy: TAK / NIE

11. Odleżyny: NIE / TAK umiejscowienie (opis)

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza