

# SKIEROWANIE<sup>1</sup> DO IZOLATORIUM<sup>2</sup>

<sup>1</sup> NALEŻY WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

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

OZNACZENIE IZOLATORIUM / *DANE OBOWIĄZKOWE DO WYPEŁNIENIA	
PODMIOT	
NAZWA*	
ADRES*	
TELEFON	
adres mailowy	

OZNACZENIE KIERUJĄCEJ PLACÓWKI ZDROWIA (nazwa, adres, telefon kontaktowy, ew. pieczętka):
Skierowano do izolacji poprzez stronę*: <a href="http://www.rejestrCovid.mz.gov.pl">www.rejestrCovid.mz.gov.pl</a> / <a href="http://www.gabinet.gov.pl">www.gabinet.gov.pl</a>
*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)
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, PODPIS, ew. PIECZĘTKA, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO