

Data skierowania:

SKIEROWANIE DO IZOLATORIUM W SP ZOZ MSWiA CENTRUM REHABILITACJI W GÓRZNIE

Kontakt telefoniczny (konieczny przed przekazaniem pacjenta):

tel. 65 5361228 (w godz. 8:00 – 15:00)

tel. 65 5361247 (w godz. 15:00 – 8:00)

Preferowane godziny przyjęć pacjentów do Izolatorium: 8:30 – 13:00

OZNACZENIE KIERUJĄCEJ PLACÓWKI ZDROWIA: (nazwa, adres, pieczętka)

DANE OSOBY IZOLOWANEJ

Imię i nazwisko osoby izolowanej (proszę wypełniać drukowanymi literami):

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon kontaktowy pacjenta:

- Osoba z dodatnim wynikiem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (w miarę możliwości proszę załączyć wynik)
 - kiedy pobrano pierwszy dodatni wymaz (data, godzina:)
- Osoba u której pobrano materiał na obecność wirusa SARS-CoV-2, oczekująca na wynik
 - kiedy pobrano wymaz (data, godzina:)
 - numeru telefonu w sprawie wyniku (.....)
 - po uzyskaniu wyniku wyślij go na adres mailowy sekretariat@dcchp.pl.
- Skierowano do izolatorium poprzez stronę: www.rejestrCovid.mz.gov.pl www.gabinet.gov.pl

OPIS STANU PACJENTA

- Zdolny do samoobsługi (jeśli jest niezdolny, to proszę nie kierować do izolatorium)
- Bez objawów Objawy: od kiedy:.....(dzień-miesiąc-rok), wymień
jaki:
- Bez chorób przewlekłych Choroby przewlekłe(wymień):
- Bez stałych leków Aktualna farmakoterapia:

.....
podpis i pieczętka lekarza kierującego