Załącznik nr 1 do Regulaminu pobytu w Izolatorium

utworzonym przez Uzdrowisko Szczawno-Jedlina S.A.

w Szczawnie-Zdroju.

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 SZCZAWNO – JEDLINA S.A. |
| NAZWA\* | IZOLATORIUM - SANATORIUM MIESZKO |
| ADRES\* | UL. WOJSKA POLSKIEGO 4 58-310 SZCZAWNO- ZDRÓJ |
| TELEFON | 572 729 809, 74 84 93 110. |
| adres mailowy |  |

|  |
| --- |
| OZNACZENIE KIERUJĄCEJ PLACÓWKI ZDROWIA (nazwa, adres, telefon kontaktowy, ew. pieczątka): |
|  |
| Skierowano do izolacji poprzez stronę\*: www. rejestrcovid.mz.gov.pl/[www.gabinet.gov.pl](http://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 załącznik 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 INFEKCJI | | | | | | | | | | | |
| OPIS STANU PACJENTA (jeśli dotyczy – objawy infekcji lub inne, choroby przewlekłe, aktualna farmakoterapia): | | | | | | | | | | | | | | |

………………..………..…………….…………………………………………………..

DATA, PODPIS, ew. PIECZĄTKA, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO