

## 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 (SKIEROWNIE 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.rejestr covid.mz.gov.pl">www.rejestr covid.mz.gov.pl</a> / <a href="http://www.gabinet.gov.pl">www.gabinet.gov.pl</a>
<small>*WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ LUB USUNĄĆ</small>

### 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 SAMOOBŚŁUGI (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. PIECZĄTKA, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO