

SKIEROWANIE¹ DO IZOLATORIUM²¹NALEŻY WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI²PRZED 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	Związek Nauczycielstwa Polskiego
NAZWA*	NZOZ Sanatorium Uzdrowskie ZNP-ZG
ADRES*	Głowackiego 7, 24-140 Nałęczów
TELEFON	815014705 w. 135, 697773564
adres mailowy	izolatorium@znpnaieczow.pl

OZNACZENIE KIERUJĄCEJ PLACÓWKI ZDROWIA (nazwa, adres, telefon kontaktowy, ew. pieczętka):Skierowano do izolacji poprzez stronę*: www.rejestrCovid.mz.gov.pl / 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 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. PIECZĄTKA, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO