

Miejscowość:; dnia-.....-..... r

Pieczęć podmiotu leczniczego
świadczącego usługi szpitalne
nr umowy z NFZ

SKIEROWANIE DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH (W MIEJSCU POBYTU PACJENTA)

Z powodu braku możliwości skutecznego odżywiania drogą naturalną kieruje się pacjenta do żywienia dojelitowego w warunkach domowych

Imię i nazwisko osoby kierowanej**

Adres zamieszkania osoby kierowanej**:

Adres pobytu osoby kierowanej**:

Numer PESEL **

Dotychczasowe rozpoznanie

Przewidywany okres żywienia dojelitowego*: < 21 dni, > 21 dni

Sposób żywienia*: żywienie przez zgłębnik,
żywienie przez przetokę odżywczą (gastrostomię/jejunostomię/inne)

Czy możliwe jest minimalne pojenie lub karmienie doustne?

NIE / TAK * (pływy obojętne, suplement pokarmowy, dieta zwykła, inne:**)

.....
Podpis i pieczęć z numerem
prawa wykonywania zawodu
lekarza kierującego

Legenda:

*Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź

** Proszę uzupełnić puste pole