

**Karta zgłoszenia pacjenta do żywienia dojelitowego
w warunkach domowych**

data zgłoszenia:

dane pacjenta:

nazwisko i imię:

PESEL

.....
ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon

rozpoznanie:.....

osoba zgłaszająca:

.....
nazwisko i imię

.....
stopień pokrewieństwa

.....
telefon kontaktowy:

ankieta:

1. Gdzie obecnie przebywa pacjent?

- w domu
- w szpitalu

jeśli w szpitalu to w jakim:.....

2. Wskazanie do leczenia żywieniowego:

- Brak możliwości podawania pokarmów drogą naturalną
- Wyniszczenie
- Niedożywienie lub zagrożenie niedożywieniem
- Inne

3. Czy pacjent ma wytworzony dostęp żywieniowy:

- tak, jaki.....
- nie

4. Czy pacjent i rodzina (opiekunowie) zgadzają się na objęcie pacjenta domową opieką żywieniową ?

- tak
- nie
- nie są jeszcze zdecydowani

zgłoszenie prosimy przesłać:

pocztą na adres:

Medycyna Specjalistyczna Sp. z o.o.

Ośrodek Wentylacji Domowej

ul. Rynkowska 2, 85-503 Bydgoszcz

e-mailem na adres: biuro@wentylacjadomowa.pl

zgłoszenia przyjmujemy również telefonicznie: 52 524-62-04