

**ZGŁOSZENIE**  
**do objęcia pielęgniarską opieką domową w POZ**

Nazwisko i imię świadczeniobiorcy.....

.....

Numer PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adres zamieszkania .....

.....

**Niniejszym zgłaszam w/w osobę do objęcia pielęgniarską opieką domową w POZ.**

Uzasadnienie zgłoszenia:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

Rozpoznanie lekarskie: (udokumentowane).....

.....

*(do wypełnienia, jeśli dokonującym zgłoszenia jest lekarz ubezpieczenia zdrowotnego opiekujący się pacjentem)*

Zlecenia lekarskie *(do wypełnienia w przypadku j.w.)*

.....

.....

.....

.....

.....

**Uwagi:**.....

.....

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza