



## ZAHTJEV ZA PREMJEŠTAJ U JEDINICU INTENZIVNOG LIJEČENJA SPECIJALNE BOLNICE ZA PLUĆNE BOLESTI

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Dijagnoze:


Indikacija za nastavak bolničkog liječenja:


Mehanička ventilacija:                      DA        NE

Da li je bolesnik traheotomiran:            DA        NE

Potrebna izolacija:                            DA        NE

Terapija kod premještaja:


Naziv ustanove iz koje se traži premještaj:

Kontakt osoba i broj telefona:

*Uz zahtjev priložiti kratku epikrizu i klinički status pacijenta.*

*U slučaju premještaja u JIL konzultirati liječnike JIL-a.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil liječnika koji traži premještaj