

.....
Pieczęć jednostki kierującej

.....
Data

WNIOSEK o przyjęcie
do hospicjum stacjonarnego TPCH „SĄDECKIE HOSPICJUM”
33-300 NOWY SĄCZ, UL. NAWOJOWSKA 155 A
Tel. 531 900 575

I: Dane pacjenta:

Imię i nazwisko :Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

II: Dane opiekuna:

Imię i nazwisko:Stopień pokrewieństwa.....

Telefon kontaktowy

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w hospicjum stacjonarnym

(w sytuacji braku możliwości złożenia podpisu przez pacjenta – podpis opiekuna)

(podpis pacjenta lub opiekuna)

Potwierdzam brak możliwości złożenia podpisu przez pacjenta:

(podpis lekarza kierującego)

.....
(podpis lekarza przyjmującego)

III: Informacje o stanie zdrowia i dotychczasowym przebiegu choroby:

Rozpoznanie podstawowe – kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej:

.....**ICD 10**

Pozostałe rozpoznania:

Aktualne dolegliwości:

Aktualnie stosowane środki przeciwbólowe (nazwy, dawki?)

Leczenie przyczynowe zakończone:

TAK / NIE

Wymaga leczenia paliatywnego

TAK / NIE

Pieczętka i podpis lekarza kierującego