

Pieczęć placówki kierującej

Skierowanie do ośrodka stacjonarnego na krótkoterminową opiekę całodobową

- I. Imię i nazwisko
Seria i numer dowodu osobistego
Data i miejsce urodzenia
Dokładny adres
Telefon kontaktowy
PESEL
- II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10
.....
.....
.....
- III. Weryfikacja histopatologiczna
.....
- IV. Dotychczasowe leczenie onkologiczne/ specjalistyczne
.....
.....
Stosowane środki przeciwbólowe (jakie dawki)
.....
.....
Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie)
.....
.....
Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK NIE
Czy chory ma wylonioną stomię, przetokę, cewnik w pęcherzu? (właściwe
podkreślić)

stacjonarnym ośrodku opieki paliatywnej lub osób z jej otoczenia.

VI. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....
.....

VII. Nieodłącznym warunkiem niniejszego skierowania do oddziału jest wyrażenie świadomej zgody pacjenta na pobyt lub oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.
Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu
Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Dzienny Ośrodek Opieki