

Pieczęć świadczeniodawcy kierującego

Data

.....

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

Pan/Pani PESEL

.....

Leczony z powodu:

.....
.....
.....
.....

/proszę podać zaawansowanie - miejscowe, regionalne, przerzuty odległe/

ICD 10

po zakończonym leczeniu onkologicznym
 zdyskwalifikowany z leczenia onkologicznego
w trakcie leczenia paliatywnego / radykalnego

Chory:

- samodzielny
- wymaga nadzoru/opieki, częściowo samodzielny
- leżący, wymaga ciągłej opieki i pomocy przy wszystkich czynnościach życiowych
- główne problemy

.....
.....

Obecnie opiekę nad chorym sprawuje:

.....
.....
.....

Pacjent został poinformowany o objawowym charakterze leczenia w Hospicjum i wyraża na nie zgodę.

TAK ()

NIE ()

Proszę załączyć kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie i zaawansowanie choroby oraz ostatnią konsultację onkologiczną – jeśli posiada.

.....
kierującego

Data, pieczęć i podpis lekarza