

(Pieczęć jednostki kierującej)

**SKIEROWANIE
DO HOSPICJUM DOMOWEGO W MIECHOWIE**

32-200 Miechów, ul. Szpitalna 1C
TEL 608 676 624, FAX: 41 38 90 245 REGON: 290505494

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zameldowania

Przebywa obecnie.....

Dane opiekuna: Imię nazwisko stopień pokrewieństwa.....

Adres..... telefon kontaktowy*.....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Hospicjum Domowe w Miechowie

.....
(data i podpis Chorego)

Informacje o stanie zdrowia i dotychczasowym przebiegu choroby:

(proszę wypełnić w oparciu o aktualny stan kliniczny i dołączyć kopie dokumentacji medycznych)

Rozpoznanie podstawowe – najbardziej ograniczające prognozę Chorego:

..... ICD 10

Pozostałe rozpoznania:

.....

Narządy, w których potwierdzono obecność przerzutów nowotworowych:

.....

Dalsze leczenie onkologiczne (proszę zaznaczyć „x”) :

TAK (daty i rodzaj planowanej terapii)

NIE zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego

Chory: leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą

Najbardziej uciążliwie dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty ,

zaparcia , wodobrzusze zespół splątaniowy , obrzęki , owrzodzenia

Odleżyny: NIE , TAK (lokalizacja i stopień)

Czynniki utrudniające pobyt Chorego w domu: .

.....

* Informujemy, że podanie numeru telefonu Pacjenta i/lub osoby z rodziny jest dobrowolne, jednak niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skontaktowania się przez personel medyczny

.....
data , pieczęć i podpis lekarza kierującego