

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ PRZEZ HOSPICJUM

UWAGA: WARUNKIEM ROZPATRYWANIA PRZYJĘCIA PACJENTA POD OPIEKĘ PRZEZ HOSPICJUM JEST WYPEŁNIENIE
PRZEZ LEKARZA WSZYSTKICH POZYCJI INFORMACYJNYCH ZE SKIEROWANIA ORAZ ZAŁĄCZNIKÓW

I. DANE OSOBOWE PACJENTA

Imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

II. ROZPOZNANIE

Rozpoznanie ICD 10:.....

Rozpoznanie opisowe:.....

.....
.....

III. INFORMACJE DODATKOWE

Choroby
współistniejące:.....

.....
.....

Czy u pacjenta zakończono leczenie przyczynowe: TAK ☐ NIE ☐

Czy u pacjenta występują odleżyny: TAK ☐ NIE ☐

Imię i nazwisko lekarza POZ pacjenta:.....

Imię i nazwisko pielęgniarki POZ pacjenta:.....

.....
(data, pieczęć, podpis lekarza wypełniającego skierowanie)

- Załączniki (2):
1. KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL
 2. KARTA OCENY BÓLU (DRABINA ANALGETYCZNA WHO)