



# Archidiecezjalny Dom Hospicyjny bł. Jana Pawła II w Katowicach

Hospicjum Stacjonarne/Stacjonarny Ośrodek Opieki Paliatywnej

40-589 Katowice, ul. Różyckiego 14d, tel.: 32/609-22-45, 519-546-400; fax: 32/609-22-44

e-mail: domhospicyjny@katowicka.pl www.hospicjumcaritas.pl

REGON: 242960563, NIP: 634-24-12-677, Nr rejestru: 000000137379

kod res.: cz. V: 01, cz. VII: 001, cz. VIII: 2184, Umowa z NFZ: 121/212547



Wypełnia czytelnie lekarz kierujący

## SKIEROWANIE

### DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ:

Nazwa zakładu: ..... telefon: .....

Ul. .... kod pocztowy: ..... miejscowość: .....

### DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię: ..... telefon: .....

Pesel: ..... stan cywilny: .....

Adres: ..... data urodzenia: .....

### DANE OPIEKUNA:

Nazwisko i imię: ..... pokrewieństwo: .....

Adres: ..... telefon: .....

Gdzie chory obecnie przebywa: .....

Czy chory wyraża świadomą zgodę na objęcie go opieką? - **TAK/NIE\***

Rozpoznanie zasadnicze: .....

..... ICD10 ..... data rozpoznania: .....

Przerzuty: .....

Histopatologia: .....

Opis aktualnego stanu zdrowia i czy stan ten wynika z choroby zasadniczej (dolegliwości, świadomość choroby):

.....

.....

Dotychczasowe leczenie (data, rodzaj):

chirurgiczne: ..... liczba odleżyn>3 ..... odleżyny zakażone: tak ..... nie .....

chemioterapia: ..... temp>38°C pomimo stosowanej antybiotykoterapii tak ..... nie .....

radioterapia: ..... morfologia: ..... mocz: ..... OB .....

hormonoterapia: ..... białko: .....

Pozostałe choroby: .....

Obecne leczenie (nazwy leków, dawkowanie): .....

.....

Planowane leczenie i konsultacje (daty): .....

.....

Oświadczam, że u pacjenta zostało zakończone leczenie przyczynowe.

**! DO SKIEROWANIA DOŁĄCZYĆ KOPIĘ DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH**

**POTWIERDZAJĄCYCH ROZPOZNANIE ZASADNICZE.**

.....  
podpis pacjenta

.....  
pieczętka zakładu kierującego

.....  
data, pieczętka i podpis lekarza

\* - właściwie zakreślić