



Archidiecezjalny Dom Hospicyjny św. Jana Pawła II w Katowicach

Hospicjum Stacjonarne/Stacjonarny Ośrodek Opieki Paliatywnej
40-589 Katowice, ul. Różyckiego 14d, tel.: 32/609-22-45; fax: 32/609-22-44
e-mail: domhospicyjny@hospicjumcaritas.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

* - właściwe zakreślić