

**SKIEROWANIE I WNIOSEK O  
PRZYJECIE DO HOSPICJUM**

(zaznacz x)

- HOSPICJUM STACJONARNE  
 HOSPICJUM DOMOWE

Jednostka

kierująca .....data skierowania.....

(pieczęć)

**DANE PACJENTA:**

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Adres.....

Przebywa obecnie.....

**DANE OPIEKUNA:**

Imię i Nazwisko.....stopień pokrewieństwa.....

Adres .....Telefon kontaktowy.....

**Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym/Domowym w Żolyni**

.....  
Data i podpis Chorego

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA I DOTYCHCZASOWYM  
PRZEBIEGU CHOROBY**

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

**ROZPOZNANIE PODSTAWOWE**- kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej- w przypadku nowotworu  
wpisać wynik badania his-pat.....

.....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

**WNOSKUJĄCY LECZY CHOREGO OD:** dni , tygodni , miesięcy , lat .

**CHORY:** leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

**NAJBARDZIEJ UCIAŹLIWE DLA CHOREGO OBJAWY UTRZYMUJĄCE SIE POMIMO LECZENIA:**

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty , zaparcia , wodobrzusze ,  
zespół splątaniowy , obrzęki , rany , owrzodzenia

**ODLEŻYNY:** NIE , TAK  (lokalizacja)

**AKTUALNIE STOSOWANE LEKI (nazwy, dawki):**

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

**Czy Chory jest świadomy rozpoznania?** TAK , NIE .

**Czy Chory zna rokowanie?** TAK , NIE

**Uwagi:** .....  
.....

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza kierującego