

kod skierowania:

DODATKOWE INFORMACJE MEDYCZNE

1. Imię i nazwisko

PESELData i miejsce urodzenia

Dokładny adres

Telefon kontaktowy

2. Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna

.....

.....

3. Dotychczasowe leczenie onkologiczne.....

.....

4. Aktualnie przyjmowane leki (jakie, dawki).....

.....

.....

5. Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu? *(Podkreślić właściwe)*

6. Czy chory jest żywiony dojelitowo/pozajelitowo? *(Podkreślić właściwe)*

UWAGA! W przypadku gdy chory jest żywiony dojelitowo lub pozajelitowo, proszę dołączyć kopię **karty kwalifikacji do leczenia żywieniowego.**

7. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....

8. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym zgody na leczenie hospicyjne.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

