

**ORZECZENIE LEKARSKIE**  
dla pacjenta kierowanego do hospicjum

**Przeciwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania, choroby 'psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.**

- I.** Imię i nazwisko .....
- Seria i numer dowodu osobistego .....
- Data i miejsce urodzenia .....
- Dokładny adres .....
- Telefon kontaktowy .....

**II.** Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna

.....

.....

.....

.....

**III.** Dotychczasowe leczenie onkologiczne.....

.....

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie, dawki).....

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?).....

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK.....NIE.....

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

Przyjmowane leki.....

.....

.....

**IV. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:**

a) wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia.

.....  
.....

b) stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego.....

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

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

.....

**VI.** Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

**Załącznik nr 4**

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
Pesel

.....  
telefon kontaktowy

**Z G O D A P A C J E N T A**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne,  
oddział medycyny paliatywnej \* .....

( nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

..**Fundacja Hospicjum Onkologicznej Warszawie ul. Pileckiego 105**.....

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z  
hospicjum/oddziałem medycyny paliatywnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych  
świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

\* - właściwie zakreślić