

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Adresa trvalého bydliska:

Diagnóza

(Uveďte priority podľa závažnosti príznakov, prípadne priložte prepúšťaciu správu)

Kód 10. MKCH

a) hlavná:

b) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

Známe alergie:

Aktuálna terapia:

Ako je pacient informovaný o svojej diagnóze, prípade prognóze?

Duševný stav pacienta:

Diéta:

Mobilnosť pacienta: (vyznačte krížikom) ☐ schopný samostatnej chôdze ☐ s oporou ☐ na vozíku ☐ ležiaci

Inkontinencia: ☐ moču ☐ stolice

Prítomnosť dekubitov: (uvedte rozsah)

Iné údaje:

Hospicová starostlivosť z lekárskeho hľadiska: ☐ indikovaná ☐ neindikovaná

Kód lekára:

Telefón:

E-mail:

V dňa

Podpis a pečiatka
ošetrojúceho lekára

Lekár zašle vyjadrenie

adresa:	Bližšie informácie je možné získať:		
Hospic sv. Františka z Assisi Slovenská 11 941 11 Palárikovo			
	Telefón: 0911 105 917	e-mail: hospicpalarikovo@gmail.com	
		web: www.hospic.eu	

Vyjadrenie lekára hospicu

☐ indikovaný pacient ☐ neindikovaný pacient

V Palárikove dňa

Podpis a pečiatka
lekára hospicu

Poznámky: