



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: moc: 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.

woj. śląskie
HOSPICJUM ŚWIĘTEGO FRANCISZKA
40-031 Katowice, ul. Sienkiewicza 36
NIP 9541105241, Regon 272231912
tel./fax 32 204 5499, tel. 32 251 7032
NFZ-UMCOWA: 121/200335...

.....
podpis pacjenta

.....
pieczętka zakładu kierującego

.....
data, pieczętka i podpis lekarza

* - właściwie zakreślić