

(Pieczęć jednostki kierującej)

**SKIEROWANIE  
DO HOSPICJUM DOMOWEGO W MIECHOWIE**

32-200 Miechów, ul. Szpitalna 1C  
TEL 41 38 310 38 FAX: 41 38 90 245 REGON: 290505494

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zameldowania .....

Przebywa obecnie.....

**Dane opiekuna:** Imię nazwisko ..... stopień pokrewieństwa.....

Adres..... telefon kontaktowy\*.....

**Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Hospicjum Domowe w Miechowie**

.....  
(data i podpis Chorego)

**Informacje o stanie zdrowia i dotychczasowym przebiegu choroby:**

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

**Rozpoznanie podstawowe – najbardziej ograniczające prognozę Chorego:**

..... 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

**Chory:** leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą

**Najbardziej uciążliwie dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:**

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty ,

zaparcia , wodobrzusze  zespół splątaniowy , obrzęki , owrzodzenia

**Odleżyny:** NIE , TAK  (lokalizacja i stopień) .....

\* Informujemy, że podanie numeru telefonu Pacjenta i/lub osoby z rodziny jest dobrowolne,

jednak niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skontaktowania się przez personel medyczny



**Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego  
Caritas Diecezji Kieleckiej**

.....  
data , pieczęć i podpis lekarza kierującego