

KARTA ZGŁOSZENIA DO NZOZ HOSPICJUM
DOMOWE SŁUPSKI ŻONKIL

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA:.....

.....

TELEFON:

e-mail:.....

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko.....

Stopień pokrewieństwa:.....

tel. do kontaktu:.....

DOKUMENTY:

- **Skierowanie: (KOD: _ _ _ _)**

Kto kieruje (imię, nazwisko, NPWZ)?.....

Data skierowania:.....

Specjalność (pokreślić): onkolog, lekarz rodzinny, inny lekarz:.....

Instytucja zlecająca:

.....

.....

VII część kodu resortowego: _ _ _ VIII część kodu resortowego: _ _ _ _

- Dokumentacja medyczna: TAK / NIE
- Dowód osobisty: Seria:..... Numer:.....
- Dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne:.....

Data wystawienia:.....Instytucja:.....

IKP: TAK / NIE

ROZPOZNANIE GŁÓWNE:

Według klasyfikacji ICD 10:..... Słownie:.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych pacjenta przez FUNDACJA HOSPICJUM DOMOWE SŁUPSKI ŻONKIL, UL. SOSNOWA 22 , 76-251 ŁOSINO, w celu zapewnienia opieki zdrowotnej i kontaktu z opiekunem. Wiadomo mi, iż mam prawo dostępu do treści przekazanych danych i możliwość poprawiania oraz, że moja zgoda może być wycofana w dowolnym momencie. Oświadczam, że podane dane są prawdziwe oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącym przetwarzania danych przez FUNDACJĘ, a zgoda zastała wyrażona dobrowolnie.

Za zgodą pacjenta (czytelny podpis zgłaszającego):.....

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA:

1. Proszę wymienić WSZYSTKIE rozpoznania (choroby i operacje, w oparciu o dokumentację medyczną: np. Rak płuca lewego. Stan po radioterapii (08.2022), Nadciśnienie tętnicze)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

2. Proszę wymienić wszystkie stosowane leki stałe (nazwa leku, dawka i częstość stosowania, np. Mesopral 20mg, 1-0-0, Oxydolor 20mg, 1-0-1).

Nazwa leku	Dawkowanie

Leki stosowane doraźnie: (np. No-Spa, 1 tabl. w razie bólu)

Nazwa leku	Dawkowanie

Czy pacjent ma alergię na leki?

Tak ☐ Jakiej?..... Nie ☐

Czy pacjent korzysta z rehabilitacji domowej?

Tak ☐ Nie ☐

Czy pacjent korzysta z pielęgniarskiej opieki długoterminowej?

Tak ☐ Nie ☐

Czy pacjent korzysta z domowego leczenia tlenem?

Tak ☐ Nie ☐

Czy pacjent jest pod opieką poradni onkologicznej i otrzymuje obecnie leczenie? Np. chemioterapię, radioterapię.

Tak ☐ Nie ☐

Jakiej?.....

Czy pacjent posiada?

PEG ☐ Tracheostomia ☐ Stomia ☐ Inne, Jakiej?.....

Główne dolegliwości:

ból ☐

biegunka ☐

duszność ☐

nudności ☐

kaszel ☐

wymioty ☐

zaburzenia snu ☐

obniżony apetyt ☐

owrzodzenia odleżynowe ☐

inne,.....
.....

świąd ☐

zaparcie ☐

Stan sprawności pacjenta:

☐ obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy

☐ zdolność do wykonywania czynności osobistych, pacjent spędza w łóżku około połowy dnia

☐ ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, pacjent spędza w łóżku ponad połowę dnia

☐ konieczność opieki osoby drugiej, pacjent spędza w łóżku cały dzień

Uwagi:

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

Za zgodą pacjenta (czytelny podpis zgłaszającego):.....