SŁUPSK, dn. ……

KARTA ZGŁOSZENIA DO NZOZ HOSPICJUM
DOMOWE SŁUPSKI ŻONKIL

NAZWISKO I IMĘ 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:.....
Karta emeryta/rencisty - data wydania.....numer.....
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 osoby zgłaszającej):…….....

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)

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, APAP)*

Nazwa leku	Dawkowanie

Czy pacjent ma alergie na leki?

Tak ☐ Jakie?..... 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 ☐

Jakie?.....

Czy pacjent posiada?

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

Główne dolegliwości:

- ból ☐
- duszność ☐
- kaszel ☐
- zaburzenia snu ☐
- owrzodzenia odleżynowe ☐
- świąd ☐
- zaparcie ☐
- biegunka ☐
- nudności ☐
- wymioty ☐
- obniżony apetyt ☐
- inne,.....

Czy pacjent ma skierowanie do hospicjum stacjonarnego - jeżeli tak z jaką datą jest skierowanie do hospicjum stacjonarnego:
.....

.....

Czy zostały złożone dokumenty w hospicjum stacjonarnym.....

.....

.....

Czy w przeciągu 2 tygodni lub do 1 miesiąca planowane jest hospicjum stacjonarne dla pacjenta.....

.....

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): …….....