

KARTA ZGŁOSZENIA DO OPIEKI - HOSPICJUM Świat Zdrowia Operator Medyczny w Gostyninie

Data zgłoszenia :.....

DANE CHOREGO: PESEL:.....

1. Imię i nazwisko:

telefon:.....

2. Drugie imię:

3. Nazwisko rodowe:

.....

4. Adres zamieszkania:

.....

.....

.....
(kod pocztowy, miejscowość) (ulica, numer domu i mieszkania)

5. Miejsce urodzenia:

6. Osoba opiekująca się imię, nazwisko telefon:

.....

.....

7. Z kim chory zamieszkuje? (stosunek rodzinny do chorego):

.....

.....

8. Rodzaj choroby nowotworowej (w języku polskim, kod ICD-10):

.....

9. Ewentualne przerzuty:

.....

.....

10. Choroby towarzyszące:

.....

11. Czy chory porusza się samodzielnie? TAK \ SŁABO \ NIE

.....
12. Czy przyjmuje leki przeciwbólowe? TAK \ NIE

(jakie?).....

13. Czy w chwili zgłoszenia ból jest opanowany? TAK \ SŁABO \ NIE

.....
14. Skala bólu 0 -10 :(0 brak bólu, 10 ból niewyobrażalnie silny)

.....
15. Stan chorego w chwili zgłoszenia: DOBRY \ POGARSZAJĄCY SIĘ \ CIĘŻKI

.....
16. Dolegliwości towarzyszące chorobie nowotworowej : duszności TAK \ NIE, wymioty TAK \ NIE, odleżyny TAK \ NIE,

inne:.....

.....
17. Czy chory wie o chorobie? TAK \ NIE

.....
18. Czy wyraził zgodę na opiekę hospicyjną? TAK \ NIE

.....
19. Czy chory korzysta z usług innego hospicjum , zakładu opiekuńczo-medycznego , opieki długoterminowej,

rehabilitacji: NIE/TAK

(nazwa).....

.....
20. Informacja dotycząca skierowania (przez kogo wydane, numer)

.....
21. TYTUŁ ubezpieczenia: emeryt, renta rodzinna, renta pracownicza, MOPS (zasilek),
Urząd Pracy (zasilek dla bezrobotnego),

inne.....

DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA:

1. Imię i nazwisko:

.....

..... Adres z
kodem pocztowym:

.....

Telefon do kontaktu.....

2. Stosunek rodzinny do chorego:

.....

.....

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

OPIEKA HOSPICYJNA to opieka zespołowa świadczona przez: lekarza,
pielęgniarkę/pielęgniara, rehabilitanta,
psychologa oraz kapelana* (tylko w przypadku, gdy chory wyrazi na to zgodę).

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej: