

BETEGFELVÉTELI KÉRELEM

Alulírott....., anyja neve:.....

TAJ kártya szám:....., kérem - ismert daganatos betegségem tudatában és a betegtájékoztató ismeretében - felvételemet a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Onkológiai Osztály Hospice részlegére.

Elfogadom, hogy az Onkológiai Osztály Hospice részlegén állapotomnak megfelelő tüneti kezelésben és ápolásban részesülök.

Dátum:.....

.....
beteg aláírása

A beteg írásképtelenségének oka:

.....
A beteg és hozzátartozója a tájékoztató tartalmát ismeri, rendelkezik a hospice ellátásról szóló információkkal, s ennek tudatában egyetért a betegfelvétellel.

.....
házi orvos/kezelő orvos

Kérem fent nevezett hozzátartozóm felvételét a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Onkológiai Osztály Hospice részlegére.

Dátum:.....

.....
hozzátartozó aláírása

Címe:

.....
Telefonszáma:

ORVOSI SZAKVÉLEMÉNYEK

Beteg neve:

Leánykori neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ kártya szám:

Orvosi diagnózis:

Morfológiai kódok:

Onkológus szakvéleménye:*

Fent nevezett beteg daganatos alapbetegsége az orvostudomány mai állása szerint nem gyógyítható, tüneti kezelésre és ápolásra szorul. Hospice-on történő ellátása indokolt.

Dátum: P.h.
onkológus/hematológus szakorvos

Háziorvos/kezelőorvos szakvéleménye:**

Fent nevezett beteg jelenlegi állapota (tudati és fizikális állapot, fájdalom, mozgás, táplálkozás és folyadék bevitel, széklet és vizeletürítés, bőrelváltozások, decubitus, rendszeresen szedett gyógyszerek):

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

Dátum: P.h.
házi orvos / kezelő orvos
praxis kód / 9 jegyű ÁNTSZ kód

* Az onkológiai szakvéleményt kizárólag onkológus vagy hematológus szakorvos töltheti ki.

** A háziorvosi/kezelőorvosi szakvéleményt a beteget jelenleg ellátó szakorvos töltheti ki. Kérjük mellékelni az előző zárójelentéseket, melyek tükrözik a daganatos megbetegedés folyamatát (pl.: szövettani eredmény, képalkotó vizsgálatok leletei, kezeléseket).