

Pieczęć instytucji wnioskującej

Data

**Wniosek o przyjęcie do Hospicjum Stacjonarnego im. Chrystusa Króla
33-331 Stróże 622**

Nazwisko i imię chorego

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **telefon kontaktowy** _____
Adres

Rozpoznanie (z kodem ICD-10)

Numer świadczeń (Numer Legitymacji ubezpieczonego)

Opis choroby

Aktualne dolegliwości

Aktualne leczenie

Planowane leczenie szpitalne

Planowane konsultacje

data, podpis i pieczęć lekarza

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym im. Chrystusa Króla

w Stróżach

data, podpis chorego (opiekuna)

**INFORMACJE DODATKOWE O PACJENCIE HOSPICJUM STACJONARNEGO
IM. CHRYSZTUSA KRÓLA W STRÓŻACH**

1. Jestem ubezpieczony/a w

.....Oddziale NFZ

2. Numer ubezpieczenia

.....

3. Jestem zadeklarowany/a do lekarza rodzinnego

.....

.....

(Imię i nazwisko lekarza)

.....

.....

(dokładny adres i kod pocztowy przychodni/ośrodka zdrowia)

4. Jestem zadeklarowany/a do pielęgniarki środowiskowej

.....

.....

(Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej)

.....

.....

(dokładny adres i kod pocztowy przychodni/ośrodka zdrowia)

**5. Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez
pacjenta do kontaktu z Hospicjum Stacjonarnym w Stróżach:**

.....

.....

**6. Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez
pacjenta do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach
zdrowotnych podczas pobytu w Hospicjum Stacjonarnym w Stróżach:**

.....

.....

**7. Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta
do uzyskania informacji do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby
podczas pobytu w Hospicjum Stacjonarnym w Stróżach:**

.....

.....

8. Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci z pobytu w Hospicjum Stacjonarnym w Stróżach:

.....
.....

9. Nie wyrażam zgody na udzielenie upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*.

.....
.....

10. Informacje dodatkowe

.....
..... (podpis pacjenta lub opiekuna)

*właściwe pole należy zaznaczyć X

** upoważnienie dołącza się do historii zdrowia i choroby pacjenta

Podstawa prawna:

§32 pkt7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przechowywania (Dz.U. Nr247 poz. 1819)