…….. ……
pieczątka zakładu kierującego miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla pacjenta kierowanego do hospicjum domowego dla dzieci

I. Imię i nazwisko ……..……...
PESEL ……..…… Data i miejsce urodzenia ……...……...…….
Adres zamieszkania…..……..……
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego……..……..……....
Adres zamieszkania……..……..……
Telefon kontaktowy……..……..

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie (ocena histopatologiczna jeśli dotyczy)
……..…
……...
……..……...

III. Dotychczasowe leczenie ……..…...
……..……..
……..……..…….....
……..……...…..……....

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie, dawki) …….
……..……...…….....
……..……...…….....

Przyjmowane inne leki: ……..…..……
……..……...……..
……..……...…….....
……..……...…….....
……..……...…….....
……..……...…….....

Stosowane pomoce ortopedyczne/ środki pomocnicze (jakie?) ……..……..
…….....

Sposób odżywiania pacjenta: samodzielnie ☐, zgłębniki ☐, PEG ☐.

Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu? (*podkreślić właściwe)*

VI. Ocena aktualnego stanu zdrowia ……..……...
……...
……..……...
……...

……..……....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego
Caritas Diecezji Kieleckiej