

.....  
pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

.....  
miejsowość i data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla pacjenta kierowanego do hospicjum

**Przeciwwskazaniem do przyjęcia do hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.**

**I.** Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

Dokładny adres .....

Telefon kontaktowy.....

**II.** Aktualne rozpoznanie lekarskie i ocena histopatologiczna

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

**III.** Dotychczasowe leczenie .....

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

.....  
Stosowane pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?) .....

.....  
Sposób odżywiania Chorego: samodzielnie , zgłębniki , PEG .

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

Przyjmowane inne leki .....

.....  
.....

**VI. Ocena aktualnego stanu zdrowia** .....

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

**V. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.**

.....  
podpis i pieczęć lekarza kierującego