

Žiadosť o prijatie pacienta do Hospicu Sv. Alžbety v Ľubici

Tel: 052/4780902 Fax: 052/4780908

Pacient	Priezvisko		Rodné priezvisko		Meno		Titul			
	Dátum narodenia		Rodné číslo		ČOP alebo číslo identifikačnej karty		Zdravotná poisťovňa (ZP)			
	Kód ZP		Povolanie		Povolanie predchádzajúce		Stav			
	Telefón		Adresa trvalého pobytu (<i>mesto, ulica, PSC</i>)						Mobil	
	Adresa terajšieho pobytu <i>ak nie je zhodná s trvalým pobytom (mesto, ulica, PSC)</i>						e-mail			
Žiadateľ <small>zákonný zástupca, príbuzný, iná blízka osoba, právnická osoba</small>	Priezvisko		Rodné priezvisko		Meno		Titul			
	Dátum narodenia		Rodné číslo		ČOP alebo číslo identifikačnej karty		Vzťah ku klientovi			
	Kontaktná adresa, (<i>mesto, ulica, PSC</i>)									
	Telefónny kontakt v priebehu dňa (<i>pevná linka, mobil</i>)				Telefónny kontakt v noci (<i>pevná linka, mobil</i>)					
	Kto bude uzatvárať zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (<i>priezvisko, meno, titul, vzťah, kontakt</i>)									
	Kto prevezme starostlivosť o klienta po prípadnom prepustení (<i>priezvisko, meno, titul, kontakt</i>)									
Vyjadrenia lekárov	Odosielajúci lekár					kód lekára				
	Priezvisko		Meno		Telefón		Fax			
	Adresa zdravotníckeho zariadenia (<i>mesto, ulica, PSC</i>)						e-mail			
	Medicínske odôvodnenie prijatia do hospicu. Vyjadrenie k progresii stavu resp. terminálnemu štádiu ochorenia.*)									
*) - k žiadosti prosíme priložiť prepúšťaciu správu										
Vyjadrenia lekárov	Diagnózy a symptómy ochorenia						kód hlavnej Dg. podľa MKCH			
	Terapia									
	Alergia				Diéta					
V _____ dňa:										
_____				_____						
Pečiatka a podpis lekára				Podpis žiadateľa <i>(pacienta, zákonného zástupcu, príbuzného, inej pacientovi blízkej osoby, alebo právnickej osoby)</i>						
Vyjadrenie revízneho lekára:										
V _____ dňa:										
..... Pečiatka a podpis revízneho lekára										