

Miejscowość

Data

.....
Pieczęć zakładu
Numer umowy z NFZ

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

Kieruję Pana / Panią lat

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie (oraz kod ICD10).....

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

DOMOWA OPIEKA HOSPICYJNA

HOSPICJUM DOMOWE PW. PROROKA ELIASZA

ul. Szkolna 20, 16-050 Michałowo

tel. **85 663 37 34**

Zgłoszenia przyjmowane są od poniedziałku do piątku w godz. 8.30 – 15.30

Rejestracji może dokonać pacjent lub jego rodzina w siedzibie Hospicjum Domowego pw. Proroka Eliasza w Michałowie, ul. Szkolna 20 (I p).

Przy rejestracji pacjent powinien przedstawić następujące dokumenty:

- Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
- Wskazanie medyczne – kopie dokumentacji medycznej (historie choroby)
- Dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej (do wglądu)
- Dowód osobisty pacjenta (do wglądu)
- Dowód osobisty osoby zgłaszającej pacjenta do hospicjum (do wglądu)

Lekarz hospicjum:

- Decyduje o objęciu pacjenta opieką paliatywną
- Określa potrzeby chorego w zakresie opieki paliatywnej.

Pacjent lub jego prawny opiekun:

- Wyraża zgodę na objęcie opieką paliatywną na piśmie (druki w siedzibie hospicjum)

Opiekę sprawuje zespół hospicyjny (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog) **w domu chorego**. W razie potrzeby do zespołu włączani są konsultanci zewnętrzni. Opieka nad pacjentem odbywa się w kontakcie z lekarzem rodzinnym.

Wizyta personelu hospicjum domowego dla dorosłych odbywa się po uzgodnieniu terminu z pacjentem lub rodziną.