

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 (mesto, ulica, PSČ)					Mobil
	Adresa terajšieho pobytu ak nie je zhodná s trvalým pobytom (mesto, ulica, PSČ)					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, (mesto, ulica, PSČ)					
	Telefónny kontakt v priebehu dňa (pevná linka, mobil)			Telefónny kontakt v noci (pevná linka, mobil)		
	Kto bude uzatvárať zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (priezvisko, meno, titul, vzťah, kontakt)					
	Kto prevezme starostlivosť o klienta po prípadnom prepustení (priezvisko, meno, titul, kontakt)					
Vyjadrenia lekárov	Odosielajúci lekár				kód lekára	
	Priezvisko		Meno	Telefón	Fax	
	Adresa zdravotníckeho zariadenia (mesto, ulica, PSČ)					e-mail
	Medicínske odôvodnenie prijatia do hospicu. Vyjadrenie k progresii stavu resp. terminálnemu štádiu ochorenia.*)					

*) - k žiadosti prosíme priložiť prepúšťacu správu

Vyjadrenia lekárov	Diagnózy a symptómy ochorenia		kód hlavnej Dg. podľa MKCH
	Terapia		
	Alergia	Diéta	

V _____ dňa:

Pečiatka a podpis lekára

Podpis žiadateľa

(pacienta, zákonného zástupcu, príbuzného, inej pacientovi blízkej osoby, alebo právnickej osoby)

Vyjadrenie revízneho lekára:

V _____ dňa:

Pečiatka a podpis revízneho lekára