

.....
pieczęć zakładu kierującego

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla pacjenta kierowanego do hospicjum

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