Pieczęć jednostki kierującej

**Skierowanie do hospicjum domowego**

Kieruję Pana /Panią ................................................................................ ... .lat ........................

Adres..........................................................................................................................telefon.....................

PESEL...................................................

Do Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach

Zespół Domowej Opieki Paliatywnej w Augustowie, ul. Rosiczkowa 2, 16-300 Augustów,

tel. 504 097 702, celem objęcia domową opieką paliatywną

Rozpoznanie ............................................................. kod ICD 10 ..............................................

Uwagi …………………………………………………………………………………………………........

**Leczenie przyczynowe zakończone. Pacjent zakwalifikowany do leczenia objawowego.**

**Tak/ Nie /właściwe zaznaczyć/**

Data ..................................... Podpis i pieczęć lekarza ................................................

Imię i nazwisko pacjenta ................................................................. PESEL ..............................

1. **Z G O D A   P A C J E N T A**
2. 1. Wyrażam zgodę na udzielenie wymaganego moim stanem zdrowia świadczenia medycznego przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej w Augustowie w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach ul. Rosiczkowa 2, 16-300 Augustów
3. Data............................Podpis pacjenta..................................
4. 2. Upoważniam ..........................................................................................................................................

*Imię i nazwisko, adres , telefon*

1. ..................................................................................................................................................................
2. do kontaktu z zakładem opieki zdrowotnej oraz do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.
3. Data............................Podpis pacjenta.......................................
4. 3. Upoważniam ...................................................................................................................................
5. imię i nazwisko, adres
6. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Data............................Podpis pacjenta......................................

*Uwaga: W przypadku braku upoważnienia, zgody proszę o wpisanie adnotacji : Nie upoważniam, nie wyrażam zgody*