Pieczęć jednostki kierującej

**Skierowanie do Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej nad Dziećmi**

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

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

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

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

ul. Szpitalna 54 tel./ fax 87-5676910, 87-5659123: celem objęcia domową opieką paliatywną nad dziećmi.

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 ....................................

**Z G O D A   P A C J E N T A**

1. 1. Wyrażam zgodę na udzielenie wymaganego moim stanem zdrowia świadczenia medycznego przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej nad Dziećmi w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki.
2. Data...................................Podpis pacjenta/ opiekuna ustawowego ……………..........................................
3. 2. Upoważniam
4. ......................................................................................................................................................................

*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/ opiekuna ustawowego ……………........................................
4. 3. Upoważniam .................................................................................................................................................
5. *imię i nazwisko, adres, telefon*
6. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Data............................Podpis pacjenta/ opiekuna ustawowego …………….......................................

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