



# Archidiecezjalny Dom Hospicyjny bł. Jana Pawła II

ul. Różyckiego 14d, 40-589 Katowice  
tel.: 32/609-22-45, 519-546-400; fax: 32/609-22-44  
email: domhospicyjny@o2.pl www.hospicjumcaritas.pl

Wypełnia czytelnie lekarz kierujący

## SKIEROWANIE

### DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ:

Nazwa zakładu: ..... telefon: .....

Ul. .... kod pocztowy: ..... miejscowość: .....

### DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię: .....

Data urodzenia: ..... stan cywilny: .....

Adres: ..... telefon: .....

Pesel: .....

### DANE OPIEKUNA:

Nazwisko i imię: ..... pokrewieństwo: .....

Adres: ..... telefon: .....

**Gdzie chory obecnie przebywa:** .....

Czy chory wyraża świadomą zgodę na objęcie go opieką? .....

Rozpoznanie zasadnicze: .....

..... ICD10 ..... data rozpoznania: .....

Przerzuty: .....

Histopatologia: .....

**Opis aktualnego stanu zdrowia** (dolegliwości, świadomość choroby): .....

.....

**Obecne leczenie** (nazwy leków, dawkowanie): .....

.....

**Dotychczasowe leczenie** (data, rodzaj):

chirurgiczne: ..... radioterapia: .....

chemioterapia: .....

hormonoterapia: ..... morfologia: .....

Odleżyny ( ilość, miejsce).....

..... w tym odleżyny zakażone: tak ..... nie .....

Pozostałe choroby: .....

.....

**Planowane leczenie i konsultacje**(daty): .....

.....

**Oświadczam , że u pacjenta zostało zakończone leczenie przyczynowe.**

HOSPICIUM ŚWIĘTEGO FRANCISZKA  
woj. Śląskie 40-031 Katowice, ul. Sienkiewicza 36  
NIP 9541105241, Regon 272231912  
tel./fax 322045499, tel. 322517032  
NFZ-UMOWA 121/200335

.....  
podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

.....  
pieczętka zakładu kierującego

.....  
data ,pieczętka i podpis lekarza