
Pieczęć instytucji wnioskującej

Data

**Wniosek o przyjęcie do Hospicjum Stacjonarnego
przy Powiatowym Publicznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym
32-800 Brzesko ul. Kościuszki 33**

Nazwisko i imię chorego _____

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

telefon kontaktowy _____

Adres _____

Rozpoznanie _____

Opis postępu choroby _____

Aktualne dolegliwości _____

Aktualne leczenie _____

Planowane leczenie szpitalne _____

Planowane konsultacje _____

data, podpis i pieczęć lekarza

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym przy PPZOL
w Brzesku.

data, podpis chorego (opiekuna)

**INFORMACJE DODATKOWE O PACJENCIE HOSPICJUM STACJONARNEGO W
BRZESKU.**

1. Jestem ubezpieczony/a w

.....Oddziale NFZ

2. Numer ubezpieczenia

.....

3. Jestem zadeklarowany/a do lekarza

rodzinnego.....

(Imię i nazwisko lekarza)

.....

(dokładny adres i kod pocztowy przychodni/ośrodka zdrowia)

4. Jestem zadeklarowany/a do pielęgniarki

środowiskowej.....

(Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej)

.....

(dokładny adres i kod pocztowy przychodni/ośrodka zdrowia)

5. Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z Hospicjum Stacjonarnym w Brzesku:

.....

.....

**6. Informacje
dodatkowe.....**

.....

.....

(podpis pacjenta lub opiekuna)