

DOM Božieho milosrdenstva, nezisková organizácia Tibora Andrašovana 44 974 01 Banská Bystrica	Vyjadrenie lekára – indikácia k prijatiu do DOM-u Božieho milosrdenstva, hospic v Banskej Bystrici
Meno a priezvisko pacienta:	
Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:
Dátum narodenia:	
Diagnóza (uveďte priority podľa závažnosti príznakov, prípadne priložte prepúšťaciu správu)	
a) hlavná:	Kód 10. MKCH
b) ostatné choroby alebo chorobné stavy:	
Známe alergie	
Aktuálna terapia:	
Ako je pacient informovaný o svojej diagnóze, prípadne prognóze?	
Duševný stav pacienta:	
Diéta:	
Mobilnosť pacienta: (uvažajte krížikom) <input type="checkbox"/> schopný samostatnej chôdže <input type="checkbox"/> s oporou <input type="checkbox"/> na vozíku <input type="checkbox"/> ležiaci	
Inkontinencia: <input type="checkbox"/> moča <input type="checkbox"/> stolice	
Prítomnosť dekubitov: (uveďte rozsah)	

Iné údaje:

Kód lekára:

Telefón:

E-mail:

V

dňa

Podpis a pečiatka
ošetrojúceho lekára**Lekár zašle vyjadrenie**

adresa:	fax:	e-mail: dombm@dombm.sk
DOM Božieho milosrdenstva, n.o. Tibora Andrašovana 44 974 01 Banská Bystrica	Bližšie informácie je možné získať:	
	telefón - lekár: - informátor: 048/4204409 0907 885 989	web: www.dombm.sk

Vyjadrenie lekára hospicu

o indikácii umiestnenia pacienta do hospicu

V Banskej Bystrici dňa _____

Podpis a pečiatka
lekára hospicu