

Informacja dla lekarza kierującego

Jako rozpoznanie główne w skierowaniu prosimy wpisywać jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia w Hospicjum według tabeli. Choroby współistniejące wpisujemy jako kolejne.

Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia w Hospicjum.

Lp.	Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
1	B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
2	C00-D48	Nowotwory
3	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
4	G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
5	G35	Stwardnienie rozsiane
6	I42-I43	Kardiomiopatia
7	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
8	L89	Owrzodzenie odleżynowe

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO

Kieruję Pana /Panią

Pesel

Adres zamieszkania

Z rozpoznaniem

kod(ICD 10)

U pacjenta/ pacjentki zakończono leczenie przyczynowe.

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

.....
podpis i pieczęć lekarza

Przyjmuję do wiadomości, że przyjęcia do Hospicjum stacjonarnego w Busku-Zdroju realizowane są wyłącznie w godz. od 7⁰⁰ do 12⁰⁰ w dni powszednie. W pozostałych godzinach pacjent nie zostanie przyjęty i zostanie odesłany do placówki kierującej na koszt tej placówki.

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla pacjenta kierowanego do hospicjum**

Imię i nazwisko

PESEL

Dokładny adres

Telefon kontaktowy.....

1. Rozpoznanie podstawowe - kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej

..... ICD.....

Narządy, w których potwierdzono obecność przerzutów nowotworowych:

.....

Pozostałe rozpoznania

.....

.....

.....

Ocena aktualnego stanu zdrowia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Aktualny stan zdrowia

- Chory: leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

- Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty , zaparcia

, wodobrzusze , zespół splątaniowy , obrzęki , rany , owrzodzenia .

3. **Odleżyny:** TAK , NIE (lokalizacja).

.....

4. **Aktualnie stosowane leki (nazwa, dawki):**

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

5. **Stosowane pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?)**

.....

6. **Sposób odżywiania Chorego:** samodzielnie , zgłębniki , PEG .

7. **Czy ma założoną:** przetokę , stomię , cewnik w pęcherzu ?

8. **Czy wymaga tlenoterapii?** Jeśli tak jaki przepływ tlenu.

.....

9. **Rokowania**

.....
.....

10. **Czy Chory jest świadomy rozpoznania?** TAK , NIE .

11. **Czy Chory zna rokowanie?** TAK , NIE .

Oświadczam, że u pacjenta zostało zakończone leczenie przyczynowe.

Telefon kontaktowy do lekarza kierującego:.....

.....

podpis i pieczęć lekarza kierując

	ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ UPWAŻNIENIE	HOSPICJUM
--	--	------------------

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko pacjenta:

Nazwisko rodowe Data i miejsce urodzenia:

Stan cywilny Imiona rodziców

Adres zamieszkania:.....

Seria i nr dowodu osobistego PESEL.....

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką w HOSPICJUM w Busku-Zdroju
- Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w
- Wrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż pacjent przebywający w Hospicjum w Busku-Zdroju nie może korzystać ze świadczeń w Podstawowej Opiece Zdrowotnej i innych placówkach Ochrony Zdrowia.

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, upoważniam Pana/Panią

Adres, numer telefonu:
.....

Do:

- Wglądu w moją dokumentację medyczną za pośrednictwem lekarza prowadzącego*; Uzyskania
- wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*;
- Na wypadek mojej śmierci do wglądu w moją dokumentację medyczną za pośrednictwem lekarza prowadzącego oraz do uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*;
- Uzyskania informacji o moim stanie zdrowia
- Nie udzielam komukolwiek upoważnienia do wglądu w moją dokumentację medyczną oraz do uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*

***zaznaczyć właściwe**

.....
data i podpis pacjenta

Podpisy opiekuna faktycznego lub / i osoby bliskiej, w przypadku utrudnionej komunikacji lub niemożności złożenia podpisu

.....
Imię i Nazwisko

.....
podpis

.....
data

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

INFORMACJA DLA PACJENTA I JEGO RODZINY
dotycząca pomocy psychologicznej

Hospicjum stacjonarne w Busku-Zdroju obejmuje opieką psychologiczną pacjenta i jego rodzinę. Pomoc psychologa polega na udzielaniu wsparcia emocjonalnego, przygotowaniu do poważnych konsekwencji choroby oraz trosce o zapewnienie komfortu psychicznego.

Rodziny mogą liczyć na pomoc psychologa w odreagowaniu negatywnych emocji, zrozumieniu zachodzących zmian, w przygotowaniu dorosłych i dzieci na pożegnanie z bliską osobą.

Po odejściu chorego osieroceni mogą nadal korzystać ze wsparcia podczas indywidualnych spotkań z psychologiem.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z informacją

.....
podpis

Busko-Zdrój, 20r.

Informujemy, iż Hospicjum/ZOL Busko posiada podpisaną umowę z Domem Pogrzebowym „Motyl” w Busku-Zdroju. W przypadku chęci zlecenia usługi pogrzebowej innej firmie proszę podać poniższe dane:

Nazwa FIRMY:.....

Adres Firmy:.....

Numer telefonu:.....

Busko-Zdrój, dn.

OŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że Pan/Pani

PESEL

przebywający w ZOL/Hospicjum w Busku-Zdroju od

Jest w stanie zdrowia uniemożliwiającym złożenie osobistego podpisu.

W jego / jej imieniu podpis składa

legitymująca się dowodem osobistym seria i nr

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść **Klauzuli informacyjnej dotyczącej** zbierania danych od osoby, której dane dotyczą.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej zwanego ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119), informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta, ul. Sienna 5, 25-725 Kielce
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych
3. Przetwarzanie danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych istnieje:
 - a. prawo dostępu do swoich danych;
 - b. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
 - c. prawo do usunięcia danych, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa ciążącego na administratorze;
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - e. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa UODO.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Podanie danych jest dobrowolne podmiot danych zostanie o tym poinformowany, celem wyrażenia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych. Podanie danych jest niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych.
6. Dane osobowe będą przechowywane do czasu archiwizowania dokumentacji, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych przez inny okres.
7. Pani/Pana dane nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Oświadczam, iż administrator danych poinformował mnie, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Fundacji Gospodarczej Św. Brata Alberta w Kielcach możliwy jest pod adresem e-mail fundacjabrataalberta@poczta.onet.pl
10. Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
podpis

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Ja, niżej podpisany

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie mojego wizerunku, w postaci zdjęcia, w celu umieszczenia go na stronie internetowej Hospicjum Busko: <http://www.hospicjum.busko.pl>

.....
podpis