

Szolgáltató NEAK kódja:

Elrendelő lap sorszáma:

HOSPICE ELRENDELŐ LAP

Hospice ellátást végző szolgáltató neve:.....
címe:.....

A beteg neve:
lakóhelye:
telefonszáma:
Társadalombiztosítási azonosító jele:
születési adatai:

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10)*

Kórházi kezelés időtartama: -tól -ig*

Ellátás elrendelés dátuma:

A beteg ellátásba vételének dátuma:

Meghosszabbítás esetén az első ellátásba vétel dátuma:

Hányadik elrendelés:

Alapbetegség (BNO-10)

Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10)

Elrendelését indokló diagnózis (BNO-10)

| | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | szakápolás (1) | <input type="checkbox"/> | szociális tevékenység szervezése (5) |
| <input type="checkbox"/> | tartós fájdalomcsillapítás (2) | <input type="checkbox"/> | diétás gondozás/tanácsadás (6) |
| <input type="checkbox"/> | gyógytorna (3) | <input type="checkbox"/> | mentálhigiénés gondozás/tanácsadás (7) |
| <input type="checkbox"/> | fizioterápia (4) | <input type="checkbox"/> | gyógyszerelés tervezése/ellenőrzése (8) |

Elrendelt vizitek (1 elrendelésnél maximum 50)

Gyakorisága:

Elrendelést javasló orvos neve: Pecsét száma:.....

Elrendelő orvos neve** : Pecsét száma:.....

A háziorvosi szolgálat kódja:

Dátum:év.....hó.....nap

P. H.

alíírás

Az otthoni ellátást elfogadom és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen hospice ellátást nem veszek igénybe.

Dátum:.....év.....hó.....nap

beteg/törvényes képviselő aláírása

* Adatai a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

** Kitöltése minden esetben kötelező.