

WNIOSEK

o przyjęcie do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Licheń
z Oddziałem Hospicjum im. św. Stanisława Papczyńskiego
Klasztorna 4,62-563 Licheń Stary www.hospicjum.lichen.pl

.....
pieczęć jednostki kierującej

Nazwisko i imię Pesel

Adres zamieszkania obecnie przebywa..... tel.....

Główny opiekun chorego pokrewieństwo..... tel.....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym

(podpis pacjenta)

.....
Jeśli stan pacjenta fizyczny lub psychiczny pacjenta uniemożliwia mu złożenie własnoręcznego podpisu-uzasadnienie lekarza kierującego

.....
w sytuacji braku możliwości złożenia podpisu przez pacjenta- podpis opiekuna

Rozpoznanie z ICD 10

Dolegliwości.....

Aktualny stan kliniczny

Opis postępu choroby

Bieżące leczenie

Stosowane obecnie leki (dawki)

Planowane leczenie szpitalne/konsultacje

Świadomość rozpoznania chorego

Świadomość prognozy

Czynniki medyczne utrudniające opiekę domową.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Zasady przyjęć do NZOZ Licheń z Oddziałem Hospicjum im. św. St.Papczyńskiego

Klasztorna 4,62-563 Licheń Stary , tel.63 270 86 00 , fax.63 270 86 05, e-mail: hospicjum@lichen.pl

1. Kierować pacjenta do Hospicjum może dowolny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który zna aktualny stan chorego.
2. Zgłoszeń chorych należy dokonać na **wniosku** dostępnym na stronie internetowej www.hospicjum.lichen.pl oraz w recepcji hospicjum.
3. Do wniosku należy dołączyć **skierowanie** do Hospicjum (druk skierowania do szpitala) oraz **kopię dokumentacji** medycznej potwierdzającej rozpoznanie (np.wynik histopatologiczny/zaświadczenie lekarza prowadzącego (onkologa) o zakończonym leczeniu przyczynowym).
4. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku lekarz Hospicjum informuje o możliwym terminie przyjęcia pacjenta.
5. W przypadku zlecenia na transport do Hospicjum pacjenta przebywającego w innym podmiocie leczniczym transport dla świadczeniobiorcy jest bezpłatny, na warunkach określonych w art.41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

| ICD- 10 | Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia osoby dorosłe |
|----------------|--|
| C00-D48 | Nowotwory |
| G09 | Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego |
| B20-24 | Choroba wywołana przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV) |
| G10-G13 | Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy |
| G35 | Stwardnienie rozsiane |
| I42-43 | Kardiomiopatia |
| J96 | Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej |
| L89 | Owrzodzenie odleżynowe |

Posiadane prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz stosowne dokumenty uprawniające:

- Inwalida wojenny - „Książka inwalidy wojennego-wojskowego" wydana przez ZUS o symbolu ZUS Rw-51
- Osoba represjonowana - „Legitymacja osoby represjonowanej" wydana przez ZUS o symbolu Rw-52
- Kombatant - „Zaświadczenie o uprawnieniach" wydane przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych
- Inwalida wojskowy - „Książka inwalidy wojennego-wojskowego" wydana przez ZUS o symbolu ZUS RW-51
- Cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - „Legitymacja cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych" wydana przez ZUS
- Uprawniony Żołnierz lub pracownik w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa - „Legitymacja osoby poszkodowanej poza granicami państwa" wydana przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia
- Osoba posiadająca tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" - „Legitymacja Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi"
- Osoba posiadająca tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" - „Legitymacja Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu"
- Małżonek inwalidy wojennego lub osoby represjonowanej pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowa lub wdowiec po poległym Żołnierzu lub zmarłym inwalidzie wojennym lub osobie represjonowanej uprawnionej do renty rodzinnej - „Decyzja wydana przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ"
- Weteran poszkodowany - „Legitymacja weterana poszkodowanego"wydana przez Ministra Obrony Narodowej,ministra właściwego ds.wewnętrznych lub szefa ABW

Czytelnie wypełniony wniosek, skierowanie i kopie dokumentacji medycznej prosimy przesłać na fax 63 270 86 05 lub na adres NZOZ Licheń, ul.Klasztorna 4,62-563 Licheń Stary.Pytania dotyczące składanych wniosków prosimy kierować pod nr tel. 63 270 86 00.