

Nr hist. choroby: _____

Historia Choroby
Hospicjum Domowe [2180, 2181]

1. Lekarz prowadzący: _____	
2. Nazwisko i imię _____ Płeć ☐ M (1). ☐ K (2)	
3. Data urodzenia _____ PESEL _____	
4. Stan cywilny: wolny [☐ 1], zamężna/żonaty [☐ 2], wdowiec/wdowa, [☐ 3], rozwiedziony, separacja [☐ 4],.	
5. Miejsce zamieszkania: _____, Kod [☐] – [☐]	
6. Pracuje [☐ 1], Miejsce pracy: _____, Bezrobotny z zasiłkiem [☐ 2], Bezrobotny bez zasiłku [☐ 3], Renta [☐ 4], Emerytura [☐ 5], Uczeń [☐ 6], Inne: _____ [☐ 7].	
7. Nazwisko, adres, tel. opiekuna wskazanego przez chorego: _____ _____	

8.1. Przyjęty (a) dnia a) _____ b) _____ c) _____ d) _____	8.2. Przeniesiony (a) dnia a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
--	--

9. Początek choroby: _____

10. Rozpoznanie wg ICD-10: _____

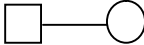
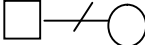
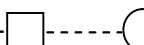
11. Zgadzam się na proponowane leczenie i objęcie opieką przez hospicjum domowe

(nazwa hospicjum)

Data _____ Podpis _____

Badanie podmiotowe

Genogram – legenda: mężczyzna  kobieta  pacjent  pacjentka 

małżeństwo  małżeństwo w separacji  konkubinat 

  małżeństwo po rozwodzie,  mężczyzna zmarły,  kobieta zmarła,

    drugie i trzecie małżeństwo,

HOSPICJUM DOMOWE

NZOZ WSPARCIE Sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 53/3, Jarosław 37-500

Tel: 16 621 84 28

Lokalizacja bólu

