

Előjegyzés dátuma: .....  
Ügyintéző neve: .....

## BETEGFELVÉTELI KÉRELEM A HOSPICE OSZTÁLYRA

Alulírott: .....  
Leánykori neve: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Anyja neve: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma): .....  
Lakcíme: ..... Telefonszáma: .....

a benyújtott orvosi dokumentáció szerinti ismert, gyógyíthatatlanul súlyos betegségem tudatában kérem felvételemet a **Pécsi Irgalmasrendi Kórház Hospice Osztályára**. A Kórház működési feltételeit, annak Házirendjét megismertem, az általam feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam. Tudomásul veszem, hogy a Kórház alap esetben **hat hónapig** vállalja az ápolást. Tudomásul veszem továbbá, ha a Kórház orvosai korábbi elbocsátás mellett döntenek (vagy a hat hónap eltelik), akkor köteles vagyok (vagy hozzátartozóm) gondoskodni a további elhelyezésemről.

Dátum: .....  
a beteg aláírása

**A betegaláírás hiányának indoklása:** .....  
.....  
házi orvos / kezelő orvos

Alulírott: .....  
Leánykori neve: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Rokonsági foka, kapcsolat jellege: .....  
Lakcíme: ..... Telefonszáma: .....

kérem, fent nevezett, gyógyíthatatlan megbetegedésben szenvedő hozzátartozóm felvételét a **Pécsi Irgalmasrendi Kórház Hospice Osztályára**. A Kórház működési feltételeit, annak Házirendjét megismertem, az általam feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam, és egyben nyilatkozom, hogy mint **legközelebbi hozzátartozó** intézkedem nevezett ügyében. Tudomásul veszem, hogy a Kórház alap esetben **hat hónapig** vállalja az ápolást. Tudomásul veszem továbbá, ha a Kórház orvosai korábbi elbocsátás mellett döntenek (vagy a hat hónap eltelik), akkor köteles vagyok gondoskodni a Beteg további elhelyezéséről.

Pécs, ..... év ..... hónap ..... nap  
.....  
kérelmező

*Helyzetével együttérző szeretettel fogadjuk osztályunkon, amelynek küldetése a jó minőségű palliatív ápolás biztosítása az emberi élet legnehezebb szakaszában, otthonos, keresztény, meghitt légkörben.*

## ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY

Beteg neve:.....

Leánykori neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakcíme:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma):.....

Orvosi diagnózis: .....

.....

.....

.....

.....

Fent nevezett beteg alapbetegsége az orvostudomány mai állása szerint nem gyógyítható, ápolásra szorul.

Palliatív terápia (radioterápia – farmakoterápia) **szóba jön / nem jön szóba**

\* A megfelelő rész aláhúzandó, kitöltése elengedhetetlen!

Hospice osztályon történő ellátása indokolt.

Dátum: ..... P. h. ....  
**onkológus szakorvos / kezelőorvos**

Fent nevezett beteg jelenlegi részletes statusa:

.....

.....

.....

.....

Dátum: ..... P. h. ....  
**házi orvos / kezelőorvos**