



Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet

5400 Mezőtúr, Kossuth út 9-11.
Tel.: +36-56-550-440 Fax: +36-56-550-477
e-mail: korhaztitkarsag@mezotur.com



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 **Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet Hospice osztályára**.

Elfogadom, hogy az osztályon állapotomnak megfelelő **tüneti kezelésben** és ápolásban részesülök. A Hospice osztály működési feltételeit megismertem, a kérdéseimre a szükséges felvilágosítást megkaptam.

Dátum:

.....

a beteg aláírása

A betegaláírás hiányának indoklása:

.....

.....

háziorvos / kezelőorvos

Alulírott:

Leánykori neve:

Születési helye, ideje:

Rokonsági foka, kapcsolat jellege:

Lakcíme:Telefonszáma:

kérem fent nevezett, gyógyíthatatlan megbetegedésben szenvedő hozzátartozóm felvételét a **Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet Hospice osztályára**. Az osztály működési feltételeit megismertem, a feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam, és egyben nyilatkozom, hogy mint **legközelebbi hozzátartozó** intézkedem nevezett ügyében. A betegellátást osztályunk alap esetben három hónapig vállalja. Amennyiben orvosaink korábbi elbocsátás mellett döntenek (vagy a három hónap eltelik), a hozzátartozó gondoskodik a beteg további elhelyezéséről. Ha a beteg állapota indokolja, orvosaink tesznek javaslatot az ellátás meghosszabbítására, tartósnak látszó ápolási szükséglet esetén pedig bizonyos esetekben másik osztályunkra történő áthelyezést is felajánlunk.

Mezőtúr, év.....hónapnap

.....

kérelmező

ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY

Fent nevezett beteg jelenlegi részletes statusa:

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

Dátum:

P. h.

házi orvos / kezelő orvos