

Nr hist. choroby: _____

Historia Choroby
Hospicjum Domowe [2180, 2181]

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

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