

**BETEGFELVÉTELI KÉRELEM A HOSPICE OSZTÁLYRA**

Alulírott: .....  
 Leánykori neve:.....  
 Születési helye, ideje: .....  
 Anyja neve: .....  
 TAJ száma: .....  
 Lakcíme:..... Tel.:.....  
 Tartózkodási hely címe, megnevezése: .....  
 .....  
 kórház                      otthona                      egyéb:.....

Védettségi igazolvánnyal:      rendelkezem      nem rendelkezem

**A benyújtott orvosi dokumentáció szerint** ismert, gyógyíthatatlan súlyos betegségem tudatában kérem felvételemet a **Majosházi Hospice Ház**. A Majosházi Hospice Ház működési feltételeit, annak Házirendjét megismertem, az általam feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam. Tudomásul veszem továbbá, ha a Hospice Ház orvosa és vezetősége elbocsátás mellett döntenek, akkor köteles vagyok (vagy hozzátartozóm) gondoskodni a további elhelyezésemről.

.....  
 Dátum

.....  
 a beteg aláírása

A betegaláírás hiányának indoklása:

.....  
 .....

.....  
 háziorvos/kezelőorvos

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

kérem, a fent nevezett, gyógyíthatatlan megbetegedésben szenvedő hozzátartozóm felvételét a Majosházai Hospice Ház. A Majosházi Hospice Ház működési feltételeit, annak Házirendjét megismertem, az általam feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam és egyben nyilatkozom, hogy mint a legközelebbi hozzátartozó intézkedem nevezett ügyében.

Tudomásul veszem, ha az Intézmény orvosa és vezetői elbocsátás mellett döntenek, akkor köteles vagyok gondoskodni a Beteg elhelyezéséről.

....., 20.... év..... hónap ..... nap.

.....  
 kérelmező