

BETEGFELVÉTELI KÉRELEM A HOSPICE OSZTÁLYRA

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

Háziorvos neve: elérhetősége:

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:

.....
.....

.....
házi orvos/kezelő orvos

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