|  |  |
| --- | --- |
| Szolgáltató NEAK kódja: 4 jegyű azonosító | Elrendelő lap sorszáma: sorszám. |

HOSPICE ELRENDELŐ LAP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hospice ellátást végző szolgáltató neve: szolgálat neve  címe: szolgálat címe | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
| A beteg neve: név  lakóhelye : cím  telefonszáma: telefonszám   Társadalombiztosítási azonosító jele: 9 jegyű TAJ szám  születési adatai: éééé.hh.nn. | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
| Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10)\* | | | | | | | | | BNO |
| Kórházi kezelés időtartama: Dátum -tól Dátum -ig\* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |
| Ellátás elrendelés dátuma: | | | | | | | | | Dátum |
| A beteg ellátásba vételének dátuma: | | | | | | | | | Dátum |
| Meghosszabbítás esetén az első ellátásba vétel dátuma: | | | | | | | | | Dátum |
| Hányadik elrendelés: | | | | | | | | | szám |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
| Alapbetegség (BNO-10) | | | | | | | | | BNO |
| Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10) | | | | | | | | | BNO |
| Elrendelését indokló diagnózis (BNO-10) | | | | | | | | | BNO |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
|  | szakápolás (1) | | | | | |  | szociális tevékenység szervezése (5) | |
|  | tartós fájdalomcsillapítás (2) | | | | | |  | diétás gondozás/tanácsadás (6) | |
|  | gyógytorna (3) | | | | | |  | mentálhigiénés gondozás/tanácsadás (7) | |
|  | fizioterápia (4) | | | | | |  | gyógyszerelés tervezése/ellenőrzése (8) | |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
| Elrendelt vizitek (1 elrendelésnél maximum 50) | | | | | | | | | szám |
| Gyakorisága: gyakoriság | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Elrendelést javasló orvos neve: javasló orvos | | | | | Pecsét száma: szám | | | | |
| Elrendelő orvos neve\*\*: elrendelő orvos  Pecsét száma: szám    A háziorvosi szolgálat kódja: 9 jegyű azonosító    Dátum: Dátum    P. H.  aláírás | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| Az otthoni ellátást elfogadom és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen hospice ellátást nem veszek igénybe. | | | | | | | | | |
| Dátum:............év.........hó……nap | | | |  | beteg/törvényes képviselő aláírása | | | | |
| \* Adatai a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.  \*\* Kitöltése minden esetben kötelező. | | | | | | | | | |