



Odporúčenie ošetrojúceho lekára – špecialistu na zaradenie pacienta do Mobilného hospicu Považská Bystrica

..... (meno pacienta) narodená/narodený
.....(dátum narodenia) v(miesto narodenia),
trvale bytom

je zdravotne spôsobilý zaradenia/prijatia do Mobilného hospicu Považská Bystrica. Zdravotný
stav pacienta si vyžaduje 24hodinovú ošetrovateľskú starostlivosť.

Diagnóza pacienta:

Krátke zdôvodnenie potreby domácej hospicovej starostlivosti u pacienta:

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

V, dňa

Meno a odbornosť lekára:

Názov zdravotníckeho zariadenia:

Pečiatka a podpis lekára: