

Hospicjum im. Ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku

ZGŁOSZENIE DO PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:		Nr Księgi Głównej:
PESEL:		Rozpoznanie:
Miejsce urodzenia:	Imiona rodziców:	Stan cywilny:
Adres pacjenta:		Tel.
Rodzaj i nr ubezpieczenia, nr świadczenia:		
Szpital:		
Opiekun:		
Adres opiekuna:		Tel.

STAN CHOREGO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wpis do kolejki: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		Planowana data realizacji:
Termin pierwszej porady:	Lekarz:	Uwagi:
Data przyjęcia zgłoszenia:	Przyjmujący zgłoszenie:	