

5. számú melléklet a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelethez

OTTHONI SZAKÁPOLÁST/OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁST LEZÁRÓ LAP

Beteg neve: TAJ:

A teljesített napok megoszlása:

.....

.....

.....

Az ápolás során bekövetkezett változások, elért eredmények:

.....

.....

.....

Javult funkciók:

.....

Állapotromlás oka:

.....

Kórházba kerülés oka, időpontja:

.....

.....

Exitus oka, időpontja:

.....

Ápolás befejezésének oka, időpontja:

.....

.....

Igazolom, hogy a fent nevezett és általam kezelt beteg számára az előírt szakápolás/otthoni hospice szolgáltatások teljesítése megtörtént, végrehajtását rendszeresen ellenőriztem.

Dátum:

.....
az ápolásért felelős szolgálat
vezetőjének aláírása

Ellenőriztem, jóváhagyom:

Dátum:

P. H.

.....
az elrendelő orvos aláírása

.....
beteg (törvényes képviselő) aláírása