

**V.**  
**ÁPOLÁS LEZÁRÁSA**  
**(ZÁRÓJELENTÉS)**

**(50 naponként)**

**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:** .....

**Ápolás folytatásának indoka:** .....

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

**Dátum:** .....

.....  
az ápolásért felelős szolgálat  
vezetőjének aláírása

Ellenőriztem, jóváhagyom:

**Dátum:** .....

PH.

.....  
az elrendelő orvos aláírása