

## **Zasady kierowania do opieki hospicyjnej domowej.**

1. Przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
  2. Wskazanie medyczne, w szczególności choroba pacjenta (np. nowotwór , uraz lub wrodzona wada rozwojowa), która nie rokuje nadziei na wyleczenie, i w której zakończono leczenie przyczynowe, potwierdzone odpowiednim zaświadczeniem lekarskim.
- 44Ostateczną decyzję o objęciu pacjenta dorosłego opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz.

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 29 października 2013 r.**

## **Załącznik nr 1**

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia**

**z dnia 29 października 2013 r.**

**Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia  
gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej**

### **Osoby dorosłe**

#### **ICD– 10 Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia**

C00– D48 Nowotwory

G09 Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego

B20– B24 Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności  
(HIV)

G10– G13 Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy

I42– I43 Kardiomiopatie

J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej

L89 Owrzodzenie odleżynowe

#### **WAŻNE**

**Świadczenia gwarantowane nie przysługują świadczeniobiorcom przebywającym w hospicjum domowym, w przypadku gdy korzystają oni ze świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych.**

**Pacjentom hospicyjnym nie przysługują świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych.**

**Załącznik 2**

.....  
Miejscowość, data

Nazwisko i imię pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL:    oddział NFZ:

**ZGODA PACJENTA**

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach  
Przychodnia Rejonowa w Mońkach  
HOSPICJUM DOMOWE  
19-100 MOŃKI al. Niepodległości 9**

2. Wyznaczam następującą/e osobę/y upoważnioną/e do:

1) Udzielania jej informacji o moim stanie zdrowia:

.....  
Nazwisko i imię  
.....

2) Dostępu do dokumentacji medycznej, także w razie mojej śmierci:

.....  
Nazwisko i imię  
.....

3) Jako opiekuna faktycznego wskazuję:

.....  
Nazwisko i imię  
.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

4. Chory niezdolny do wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu: (wypełnia lekarz jeśli dotyczy) :

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Podpis opiekuna faktycznego

.....  
Podpis lekarza

Załącznik 3

**SKIEROWANIE  
DO HOSPICJUM DOMOWEGO  
Przy SP ZOZ w Mońkach  
Al. Niepodległości 9  
Tel. 668877548, 668877590**

**Celem dalszego leczenia paliatywnego pacjenta:**

.....  
( Imię i nazwisko)

Zam.....  
.....

**PESEL:**

**Diagnoza:**

Data.....      Podpis i pieczęć lekarza.....

## Załącznik 4

### Oświadczenie

Oświadczam, że po zakończeniu opieki udzielanej przez Hospicjum domowe zwrócę dokumentację medyczną, oryginały „Kart wizyt” – personelu lekarskiego i pielęgniarskiego

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis pacjenta/opiekuna