

## Ansøgning om ophold på Hospice gården Filadelfia

### Visitationskriterier:

- Patienten er uhelbredeligt syg med forventet kort levetid 4-6 uger
- Patienten er uhelbredeligt syg og har en længere forventet levetid, men har brug for et tidsbegrænset ophold til aflastning eller symptomlindring
- Patienten er orienteret om at al behandling nu er lindrende
- Patienten er orienteret om at hospice er ét af flere mulige tilbud
- Patienten skal have behov for tværfaglig specialiseret palliativ indsats
- Patienten skal selv ønske ophold på hospice

### Ansøger:

Navn:	CPR nummer:
Adresse:	Postnummer og By:
Telefon nummer:	Egen læge:
Nuværende opholdssted:	Bor patienten alene?
1) Nærmeste pårørende (navn):	Relation: Telefon nummer:
2) Nærmeste pårørende (navn):	Relation: Telefon nummer:
Diagnose:	Henvist fra (sygehus, egen læge eller palliativet team):

**Patientens tilstand** den sidste uge (sæt X):

<b>Tilstand</b>	Ja	Nej
Patienten er oppegående mere end halvdelen af dagen		
Patienten behøver hjælp til at spise, tage tøj på og gå på toilettet		
Patienten er permanent sengeliggende?		

Hvilke af følgende **symptomer** har patienten haft i den sidste uge (sæt X):

<b>Symptomer</b>	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Smerter				
Træthed				
Appetit mangel				
Mundtørhed				
Synkebesvær				
Kvalme				
Forstoppelse				
Åndenød				
Følt sig ked af det og deprimeret				
Angst				
Bevidsthed svækket				
Søvnproblemer				

**Kort sygehistorie:**

--

---

Henvisende læge attesterer hermed at patienten opfylder visitationskriterierne.

Dato

Lægens underskrift

Lægens stempel

---

Patienten attesterer hermed at:

- Jeg er oplyst om, hvad jeg fejler og at al videre behandling er lindrende
- Det er mit eget ønske at blive henvist til hospice
- Jeg giver samtykke til at Hospice Filadelfia indhenter helbredsoplysninger vedrørende min sygdom fra andre lægelige instanser

Dato

Patientens underskrift

---

Vedlæg venligst relevante journalpapirer, medicinliste og scannings svar m.m.

Sendes til:

**Hospicegården Filadelfia,**

**Elmevej 7**

**4293 Dianalund**

**Fax nr: 58 27 16 88**