



LS

Nr. registru pacienti / data

.....

FORMULAR DE SOLICITARE SERVICII

Nume.....

Prenume

Data nașterii vârstă

Cod numeric personal:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa: Localitatea Str.....,

Nr....., Bl....., Sc....., Et....., Ap....., Interfon....., Sector/județ

Telefon:.....

Persoana de contact : in calitate de

..... Telefon.....

Diagnostic principal/secundar

.....

.....

Simptome prezente -

.....

.....

Motivul solicitării/ Așteptări de la HOSPICE Casa Speranței

.....

.....

.....

Tip serviciu solicitat Ambulatoriu Internare Centru de zi Ingrijire la domiciliu

Pacientul cunoaște diagnosticul:

Da

Nu

Am fost informat cu privire la:

serviciile HOSPICE care îmi pot fi oferite;

condițiile de accesare pentru fiecare serviciu în parte;

modalitatea în care pot face o sesizare/reclamație.

drepturile legale privind protecția datelor personale

Acte anexate (în copie)

.....

.....

.....

Medic de familie / specialist

Telefon, date de contact

Mentiuni

.....

.....

Data,

Solicitant / Calitatea,