



## SEMMELWEIS EGYETEM

Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Onkológiai Profil, Hospice Osztály

Osztályvezető főorvos

**DR. VAS MÁRIA**

### BETEGFELVÉTELI KÉRELEM

Aulírott :.....,  
anyja neve:.....

TAJ kártya száma: ....., kérem - ismert daganatos betegségem tudatában és a betegtájékoztató ismeretében - felvételemet a Semmelweis Egyetem Hospice részlegére. Elfogadom, hogy a Semmelweis Egyetem Hospice részlegén állapotomnak megfelelő tüneti kezelésben és ápolásban részesülök.

Dátum:.....  
beteg aláírása

A beteg írásképtelenségének oka:

.....

A beteg és hozzátartozója a tájékoztató tartalmát ismeri, rendelkezik a hospice ellátásról szóló információkkal, és ennek tudatában egyetért a betegfelvétellel.

.....  
házi orvos/kezelő orvos

Kérem, fent nevezett hozzátartozóm felvételét a Semmelweis Egyetem Hospice Részlegére.

Dátum:.....  
hozzátartozó neve (nyomtatott)

.....  
hozzátartozó aláírása

.....  
hozzátartozó címe és telefonszáma