

## Henvisning til hospice – Region Sjælland

Henvisning sendes via mail, i prioriteret rækkefølge (sæt tal), til følgende hospice:		
Svanevig Hospice	kontakt@svanevighospice.dk	___
Hospicegården Filadelfia	fil-hospice@filadelfia.dk	___
Hospice Sjælland	info@hosj.dk	___

Ansøger – CPR-nr, navn, adresse, tlf nr.	Nærmeste pårørende – relation, navn, tlf nr
Diagnoser	Henvist fra – sygehus, egen læge, palliativ team

Nuværende opholdssted	Bor alene	Hjemmeboende børn under 18 år
-----------------------	-----------	-------------------------------

Visitationskriterier		
Ansøger:	(sæt kryds)	
	JA	NEJ
- lider af en livstruende sygdom		
- har en livstruende sygdom og har brug for tidsbegrænset ophold mht. symptomlindring		
- er diagnostisk færdigudredt og behandling med helbredende sigte er ophørt		
- har komplekse palliative problemstillinger (fysisk, psykisk, social eller eksistentiel karakter) og hvor der er behov for specialiseret tværfaglig palliativ indsats.		
- er informeret om, at sygdommen er fremskreden på en måde, så genoplivning ved hjertestop kun i yderst sjældne tilfælde, vil være til gavn for patienten		
- har accepteret henvisning til hospice		

Ansøger – CPR.nr., navn
-------------------------

Har ansøger følgende symptomer:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Smerter				
Træthed				
Appetitmangel				
Søvnbesvær				
Kvalme				
Forstoppelse				
Diarré				
Åndenød				
Lymfødem				
Angst/Depression				
Bevidsthedsforstyrrelse				

### Performance Status

Performance Status:  _____	<p><b>Performance status 0</b> (Fuldt aktiv som før man blev syg.)</p> <p><b>Performance status 1</b> (Kan ikke udføre tungt fysisk arbejde, men alt andet.)</p> <p><b>Performance status 2</b> (Oppegående mere end halvdelen af dagen og selvhjulpen, men ude af stand til at udføre fysisk arbejde.)</p> <p><b>Performance status 3</b> (I seng eller siddende i stol mere end halvdelen af dagen, og brug for hjælp til at klare sig selv.)</p> <p><b>Performance status 4</b> (Permanent i seng eller stol og har brug for hjælp til alt.)</p>
----------------------------------	---

### Kort sygehistorie inkl. psykosociale forhold

--

Dato:

Henvisende læges underskrift:

Lægens stempel:

---