

# Ansøgning om ophold på Arresødal Hospice eller tilknytning til det Udgående Hospiceteam



Udfyldes af patient, pårørende, plejeperson eller anden

**Ansøgers navn** \_\_\_\_\_

CPR nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Postnr & By \_\_\_\_\_

Kommune \_\_\_\_\_

## Hvis ophold andet sted end nævnt ovenfor

Adresse \_\_\_\_\_ Postnr & By \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

## Nærmeste Pårørende

Navn \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Egen Læge

Navn \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Adresse, By og Postnr. \_\_\_\_\_

## Beskrivelse af sygdomsforløb/Hvad fejler du?

---

---

---

## Socialt (familieforhold)

---

---

## Hvilke ønsker har du til indsats og ophold på hospice?

---

---

**Terminalbevilling?**

JA \_\_\_\_\_ NEJ \_\_\_\_\_

**Dato**

**Ansøgers underskrift**

--	--

**Udfyldes af den praktiserende læge eller den behandlingsansvarlige læge.**

**Patientnavn:** \_\_\_\_\_ **CPR:** \_\_\_\_\_

Beskrivelse af patientens diagnose, symptomer og begrundelse for ophold på Arresødal Hospice eller tilknytning til det Udgående HospiceTeam:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Patienten opfylder henvisningskriterierne for Arresødal Hospice  (sæt kryds)

**Dato** \_\_\_\_\_

**Lægens underskrift** \_\_\_\_\_

**Lægens stempel:**

Ansøgning og samtykkeerklæring sendes eller faxes til Arresødal Hospice tilligemed kopi af den del af patientjournalen, som er relevant med henblik på hospiceophold eller tilknytning til det Udgående HospiceTeam.

**Arresødal Hospice**  
**Arresødalvej 100, 3300 Frederiksværk**

[www.arresoedal-hospice.dk](http://www.arresoedal-hospice.dk)  
[info@arresoedal-hospice.dk](mailto:info@arresoedal-hospice.dk)

Telefon 47 78 70 00  
Fax 47 78 70 19



## EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig.

Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

CPR. Nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

---

	<b>Slet ikke</b>	<b>Lidt</b>	<b>En del</b>	<b>Meget</b>
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udendørs?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet?	1	2	3	4
<b>I den forløbne uge:</b>				
	<b>Ikke</b>	<b>Lidt</b>	<b>En del</b>	<b>Meget</b>
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft besvær med at sove?	1	2	3	4
7. Har du følt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du savnet appetit?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4

Vær venlig at fortsætte på næste side

## I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

## Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1    2    3    4    5    6    7

Meget dårlig

Særdeles god

## 16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?

\_\_\_ Nej

\_\_\_ Ja.

Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, i hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Symptom/problem A: _____	1	2	3	4
Symptom/problem B: _____	1	2	3	4
Symptom/problem C: _____	1	2	3	4

## Besvarede du spørgeskemaet:

\_\_\_ Uden hjælp fra personale *eller*

\_\_\_ Med hjælp fra personale?



## SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede giver hermed mit samtykke til, at Arresødal Hospice kan indhente og videregive oplysninger til relevante fagpersoner og sundhedsinstanser der besidder oplysninger vedrørende mit sygdomsforløb, og med relevans for mit ophold på Arresødal Hospice. Oplysningerne kan være fra og til egen læge, speciallæge, sygehus, hjemmeplejen. Jvf. Lov om patienters retsstilling af 1. juli 1998.

Undertegnede giver herved også tilladelse til, at personalet på Hospice kan anvende dataoplysninger vedrørende mit sygdomsforløb i forbindelse med skriftlig dokumentation og registrering. Jvf. Lov om behandling af personoplysninger af 1. juli 2000.

Tilladelsen gælder for et år og kan til enhver tid trækkes tilbage.

**Navn** \_\_\_\_\_

**CPR- nr.** \_\_\_\_\_

**Dato** \_\_\_\_\_

**Underskrift** \_\_\_\_\_