



For Lovisenberg Lindring og Livshjelp:

Søknadnr:

## Søknad til Lindrende døgnetenhet,

**Lovisenberg Lindring og Livshjelp** (tidligere Hospice Lovisenberg)

Tlf. 23 22 51 50

Fax: 23 30 05 31

**OBS: For at søknaden skal bli behandlet må det følge med henvisning fra lege. Henvisningen må inneholde oppdatert sykehistorie, symptomatologi og formål med oppholdet**

Pasientnavn:

Personnummer:

Telefonnummer:

Adresse:

Postnr./sted:

Bydel/kommune:

Henvist fra:

Nærmeste pårørende:

Tlf:

Fastlege:

Tlf:

Hjemmesykepleie:

Tlf:

Fransiskushjelpen:

Tlf:

Diagnose:

Smitte: Ja:  Nei:  Hva slags smitte?: \_\_\_\_\_  
(Dersom pasienten har kjent smitte eller mistanke om smitte må dette opplyses!)

Kort sykehistorie:

Funksjonsnivå/mobilitet (evt ECOG status):



**Palliative behov** m/evt. kommentarer

Fysiske:

Psykiske:

Sosiale:

Ändelige/ eksistensielle:

**Utfyllende kommentarer:**

Formålet med søknaden:

- Behandling, omsorg og pleie ved livets slutt
- Smerte og symptomlindring

Utfyllende kommentarer:

Pasienter som får plass tilbys i første omgang et tidsbegrenset opphold på 1-2 uker.

Er pasient og pårørende informert om dette?  Ja  Nei

Hvis nei begrunn hvorfor:

Sykehus:

Avd/post:

Tlf:

Dato:

Underskrift:

Stilling:

Tlf:

Døgnerheten har ikke ventelister. Ledige plasser tildeles fortløpende utfra behov. Ved eventuell innleggelse må sykepleierapport, epikrise, kopi av kurver og siste lab. prøver medbringes.