

# Ansøgning om ophold på HospiceLimfjord

## Henvisningskriterier

- Pt. har forventet kort levetid (har terminalbevilling)
- Helbredende behandling er ophørt for den henviste,
- Pt..eller familien har komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter,
- Behandlingsniveauet skal være afklaret, således at pt. ikke har symptomer af en karakter, der fordrer indlæggelse på hospital,
- Pt. har et ønske om hospice og er velinformeret om andre muligheder for ophold og støtte.

Ansøgers navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

By og postnr. \_\_\_\_\_

Evt. anden opholdsadresse \_\_\_\_\_

## Nærmeste pårørende:

Navn \_\_\_\_\_ relation \_\_\_\_\_ tlf.nr \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_ relation \_\_\_\_\_ tlf.nr \_\_\_\_\_

## Henvisende læges beskrivelse af patienten .

Diagnose \_\_\_\_\_

Kort sygehistorie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Patienten har givet samtykke til at HospiceLimfjord indhenter helbredsoplysninger \_\_\_\_\_

Terminalerklæring givet \_\_\_\_\_

Vedlæg venligst relevante journalpapirer, medicinliste, samt

**EORTC- skema** må meget gerne udfyldes (side 3-4)

Dato \_\_\_\_\_ Lægens underskrift \_\_\_\_\_

Henvissende læges stempel:



Henvielse med bilag sendes til:

HospiceLimfjord  
Kompagnigade 11  
7800 Skive

Tlf. 96 14 87 00  
Fax: 96 14 87 29

Mail: [info@hospicelimfjord.dk](mailto:info@hospicelimfjord.dk)





## 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.

Patient Navn \_\_\_\_\_

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år):                    1 \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
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 toiletet?	1	2	3	4

I den forløbne uge:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
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    \_\_\_ Med hjælp fra personale/pårørende