



TERHOKOTI

TERHO-säätiö
Kuparitie 7, 00440 Helsinki
Puh. (09) 615 44 66, Fax (09) 615 44 693

LÄHETE TERHOKOTIIN

(Hoitava lääkäri laati lähetteen)

Potilaan nimi	Henkilötunnus	Kotikunta
Kotiosoite	Puhelin	Helsingin läisillä suurpiiri
Hoitopaikka tällä hetkellä		Puhelin
Diagnoosi		Milloin todettu
Aikaisemmat/muut sairaudet lyhyesti		
Nyky sairauden kulku ja potilaan saama hoito pääpiirteissään		
Nykyinen lääkehoito		
Potilaan ensisijaiset oireet sairaudestaan		

Potilaan suhtautuminen sairaustilanteeseen ja halukkuus siirtyä Terhokotiin

Potilaan allekirjoitus (tai suullinen hyväksyminen)

Muuta huomioitavaa

Lähiomainen/Yhteyshenkilö

Osoite

Puhelin

Suosittelen potilasta hoitoon Terhokotiin

Kotisairaanhoidoon

Osastohoitoon

Päiväsairaalaan

Potilaan kotikunta/terveyskeskus toimittaa maksusitoumuksen*)

Kenen kanssa sovittu, miten (puhelimitse, kirjeitse):

.....
.....

Päiväys

Lähettävän lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys

____ / ____ ____

.....
.....

Maksusitoumus myönnetään

Kotisairaanhoidoon

Osastohoitoon

Päiväsairaalaan

Päiväys

____ / ____ ____

Maksusitoumuksen myöntäjä

Ohjeita

- Terhokoti tarjoaa oireen mukaista hoitoa tilanteessa jossa parantavasta hoidosta on luovuttu
- Potilaan on oltava tietoinen hoidon luonteesta
- Potilaan on oltava itse halukas siirtymään Terhokotiin
- Lähetteen mukaan toivotaan liittämään **kopiot lähetettävän erikoisalain sairauskertomuksesta nykysairauden osalta** ja viimeisimmistä **laboratoriotutkimuksista** sekä potilaan mukana lainaksi **röntgenkuvat** (palautetaan hoidon jälkeen).

*) Maksusitoumus

Lähettävän yksikön on selvitettävä kustantaako kotikunta hoidon Terhokodissa.

Tarvittaessa lisätietoja saa Terhokodin lääkäriltä puh. (09) 615 44 66