

Uwaga:

Informacje zawarte w tym skierowaniu są niezbędne, aby pomóc w szybkim podjęciu decyzji o zakwalifikowaniu się do skorzystania z EACH w zakresie usług związanych z żałobą oraz uniknąć wszelkich opóźnień. Ten formularz może wypełnić rodzic/opiekun, pracownik służby zdrowia lub opieki społecznej.

Dane zmarłego dziecka:

Naswisko:		Imię (Imiona):		Znane jako:	
Data urodzenia:		Data śmierci		Numer NHS:	
Adres:					

Płeć	Mężczyzna:	<input type="checkbox"/>	Płeć:	Mężczyzna:	<input type="checkbox"/>
	Kobieta:	<input type="checkbox"/>		Kobieta:	<input type="checkbox"/>
	Transeksualista	<input type="checkbox"/>		Niebinarna:	<input type="checkbox"/>
	Inne:			Inne:	
Religia/wiara:			Preferowane zaimki:		

Dane osoby polecanej / rodziny:

Rodzic / Opiekun				
Imię i nazwisko:		Taki sam adres?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:				
Numer NHS (jeśli jest znany)				
Adres jeśli jest inny:				
Telefon:		e-mail:		
Płeć:	Mężczyzna:	Kobieta:		
	Niebinarna:	Inne:		
	Preferowane zaimki:			
Pokrewieństwo/relacje wobec dziecka:				
Religia/wiara				

Rodzic / Opiekun				
Imię i nazwisko:		Taki sam adres?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Data urodzenia::				
Numer NHS (jeśli jest znany)				
Adres jeśli jest inny:				
Telefon:		e-mail		
Płeć:	Mężczyzna:	Kobieta:		
	Niebinarna:	Inne:		
	Preferowane zaimki:			
Pokrewieństwo/relacje wobec dziecka:				
Religia/wiara				

Rodzeństwo/inne 1				
Imię i nazwisko:		Taki sam adres?	Tak Nie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:				
Numer NHS (jeśli jest znany)				
Adres jeśli jest inny:				
Telefon:		e-mail:		
Płeć:	Mężczyzna:	Kobieta:		
	Płeć:	Inne:		
	Preferowane zaimki:			
Religia/wiara:				
Pokrewieństwo/relacje wobec dziecka:				

Rodzeństwo/inne 2				
Imię i nazwisko:		Taki sam adres?	Tak Nie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:				
Numer NHS (jeśli jest znany)				
Adres jeśli jest inny:				
Telefon:		e-mail:		
Płeć:	Mężczyzna:	Kobieta:		
	Płeć:	Inne:		
	Preferowane zaimki:			
Religia/wiara:				
Pokrewieństwo/relacje wobec dziecka:				

Rodzeństwo/inne 3				
Imię i nazwisko:		Taki sam adres?	Tak Nie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:				
Numer NHS (jeśli jest znany)				
Adres jeśli jest inny:				
Telefon:		e-mail:		
Płeć:	Mężczyzna:	Kobieta:		
	Płeć:	Inne:		
	Preferowane zaimki:			
Religia/wiara:				
Pokrewieństwo/relacje wobec dziecka:				

Rodzeństwo/inne 4				
Imię i nazwisko:		Taki sam adres?	Tak Nie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:				
Numer NHS (jeśli jest znany)				
Adres jeśli jest inny:				
Telefon:		e-mail:		
Płeć:	Mężczyzna:	Kobieta:		
	Płeć:	Inne:		
	Preferowane zaimki:			
Religia/wiara:				
Pokrewieństwo/relacje wobec dziecka:				

Proszę potwierdzić, że osoba kierowana (lub osoby posiadające władzę rodzicielską) wyraziły zgodę na skierowanie? Tak

Jeśli skierowanie obejmuje dziecko lub osobę małoletnią, proszę potwierdzić, że osoba małoletnia, która jest do tego uprawniona, wyraziła zgodę na skierowanie? *(Jeśli dotyczy)* Tak Nie Nie dotyczy

Czy dziecko/osoba małoletnia/rodzina wyraża zgodę na udostępnienie jej elektronicznej dokumentacji zdrowotnej? Tak Nie

Diagnoza:

Opieka podczas żałoby może być świadczona w przypadku, gdy przyczyna śmierci niemowlęcia, dziecka lub osoby małoletniej spełniałaby warunki kwalifikacji EACH. Proszę powiedzieć, jaka była diagnoza/diagnozy dziecka/osoby małoletniej i przyczyna śmierci?	
--	--

Kto lub co skłoniło Cię do skierowania sprawy do EACH?	
--	--

Prosimy o poinformowanie nas, czy są inne profesjonalne usługi świadczące wsparcie w żałobie:

Nazwisko i tytuł:	Adres:	Numer telefonu:	e-mail:	Rodzaj i częstotliwość udzielanego wsparcia i usług:

Czy istnieją jakieś obawy dotyczące zabezpieczenia w odniesieniu do dziecka, którego dotyczy skierowanie i / lub innych członków gospodarstwa domowego?	Tak	<input type="checkbox"/>	Jeśli tak, proszę podać krótki opis
	Nie	<input type="checkbox"/>	

Prosimy o poinformowanie nas o wszelkich innych dodatkowych informacjach, które mogą być istotne, takich jak obecna sytuacja rodzinna:

--

Dane lekarza pierwszego kontaktu:

Nazwa placówki lekarza pierwszego kontaktu:		Telefon:	
Adres:		Kod pocztowy:	
Clinical Commissioning Group (CCG) Kliniczna grupa decyzyjna:		e-mail:	

W przypadku wypełnienia przez osobę polecającą

Wypełniając ten formularz potwierdzasz, że rodzina wyraziła zgodę na skierowanie i otrzymała ulotkę „Informacje wstępne o EACH”

Imię i nazwisko:		Pełniona funkcja: (Jeśli dotyczy)	
Rola:		Organizacja:	
Numery telefonów:		e-mail:	
Podpis:		Data:	

Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza na adres: each.referrals@nhs.net