

Vážená paní, vážený pane,

prožíváte náročné období života, které chcete věnovat péči o Vašeho blízkého nemocného. Chceme Vám pomoci, aby nemocný mohl společně s Vámi prožít tento čas co nejkvalitněji, pokud možno bez bolesti, a přitom ve Vaší blízkosti – nikoli za zdmi nemocnice. Život i smrt k nám lidem patří, přesto máme možnost volby odcházet důstojně, v objetí rodiny. Abychom mohli poskytovat kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči, obracíme se na Vás s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho lékaře o vyplnění údajů v „Žádosti o přijetí“. Součástí žádosti je i „Svobodný informovaný souhlas pacienta“. „Svobodný“ znamená, že si sám nemocný přeje poskytování **domácí hospicové péče**, „informovaný“ znamená, že nemocný ví, **co hospic je a co není, je informovaný o svém zdravotním stavu**, na což má jako svobodný jedinec nezadatelné právo, které mu umožňuje rozhodovat se a naplnit poslední dny skutečně životem. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Lékař v hospicové péči ordinuje takovou léčbu, která ulevuje od bolesti a může zlepšit kvalitu života nemocného. Naopak vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou kvalitu života zlepšit. Tato kritéria jsou pro nás v hospicové péči nejpodstatnější.

V Českých Budějovicích 1. 10. 2016

Mgr. Monika Flídrová
vedoucí domácího hospice

PODMÍNKY PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

- pokročilé nebo terminální stádium nevléčitelného onemocnění
- doporučení praktického lékaře (nebo jiného ošetrojícího lékaře) k poskytování hospicové paliativní péče
- zajištění celodenní péče o nemocného v domácím prostředí (rodinou, jinou osobou, příp. s pomocí pečovatelek)
- bydliště v Českých Budějovicích nebo v okolí (do 25km)
- vyplnění žádosti a informovaného souhlasu pacienta
- volná kapacita Domácího hospice sv. Veroniky
- schválení žádosti vedoucím hospicové péče nebo jeho zástupcem
- podepsání smlouvy o poskytování hospicové péče



Domáci hospic sv. Veroniky

Dobrovodská 105/32
370 06 České Budějovice
IČ: 70853517

tel.: 731 648 328
info@hospicveronika.cz
www.hospicveronika.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE



Tuto část vyplňuje pacient nebo blízcí o pacientovi:

Jméno a příjmení (titul):

Rodné příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Rodinný stav:

Telefon:

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ):

Adresa bydliště v době poskytování hospicové péče:

Osoba pečující celodenně o pacienta (vztah k pacientovi, adresa, telefon, e-mail):

Je pacientovi přiznán Příspěvek na péči? ANO NE zažádáno

Stupeň uznaného příspěvku na péči: I. st. II. st. III. st. IV. st.

Praktický lékař, adresa, telefon:

Lékař, který doporučil hospicovou péči, adresa, telefon:

V dne

.....
podpis pacienta

.....
podpis pečující osoby

Tuto část vyplní vedoucí hospice nebo jeho zástupce:

K žádosti je přiložen podepsaný informovaný souhlas: ANO NE

Žádost pacienta o přijetí do hospicové péče byla SCHVÁLENA ZAMÍTNUTA

zdůvodnění:

V Českých Budějovicích dne

.....
podpis hospicového lékaře



Domáci hospic sv. Veroniky

Dobrovodská 105/32
370 06 České Budějovice
IČ: 70853517

tel.: 731 648 328
info@hospicveronika.cz
www.hospicveronika.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE



Tuto část vyplňuje lékař, který doporučuje hospicovou péči:

Osobní anamnéza včetně medikamentózní terapie:

Soběstačnost pacienta:

- pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci
- pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy
- pacient je chodící, schopen sebeobsluhy

Hlavní současné klinické problémy

- bolest
- dušnost
- nechutenství
- nausea, zvracení
- dekubity
- jiné:

Hlavní příčina současného zdravotního stavu

- pokročilé onkologické onemocnění
- interní polymorbidita (např. st. p. CMP, demence, ICHS, srdeční selhávání, degenerativní kloubní onemocnění) u pacienta s onkologickým onemocněním
- interní polymorbidita (viz výše) u pacienta bez onkologického onemocnění
- jiné (uved'te jako první diagnózu)

U pacientů s onkologickou diagnózou: Rozhodl onkolog, že protinádorová léčba (operace, chemoterapie, ozařování) již není indikovaná?

- ANO (dále pouze symptomatický postup)
- NE

Diagnostický souhrn (k žádosti přiložte lékařskou nebo propouštěcí zprávu):

Které současné onemocnění je pro pacienta limitující:

Nachází se pacient v preterminální či terminální fázi uvedeného onemocnění?

- ANO
- NE

Byl pacient o svém onemocnění informován (případně jak)?

- ANO
- NE

Je si pacient vědom terminální povahy svého onemocnění (je schopen takového posouzení)?

- ANO
- NE

V dne

.....
razítko a podpis lékaře



Domáci hospic sv. Veroniky

Dobrovodská 105/32
370 06 České Budějovice
IČ: 70853517

tel.: 731 648 328
info@hospicveronika.cz
www.hospicveronika.cz

Svobodný informovaný souhlas

Příloha k „Žádosti o přijetí do domácí hospicové péče“



Jméno a příjmení pacienta:

RČ:

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně na základě svého uvážení a seznámení se s podmínkami poskytování péče. Byl/a jsem informován/a o svém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové péče je především zachování kvality života i v tomto těžkém období mé nemoci a že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit.

V případě takového zhoršení zdravotního stavu, který by mi neumožňoval podílet se na rozhodování o další péči, si přeji, aby o jejím postupu rozhodoval/a:

(jméno, vztah, kontakt)

.....

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu těmto blízkým osobám:

(jména, příp. kontakt)

.....

- Souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem zajištění přijetí do odborné péče a úkonů s tím souvisejících.
- Souhlasím s nahlížením do spisu zdravotním a sociálním týmem domácího hospice.
- Souhlasím se zasláním poskytnutých informací (elektronicky, telefonicky, osobně) lékařům spolupracujícím s Domácím hospicem sv. Veroniky.

Uvědomuji si, že mám právo na nahlížení do dokumentace, právo na opravu či pozdější anonymizaci. Souhlas mohu kdykoli prokazatelným způsobem odvolat.

V dne

.....

podpis pečujícího

.....

podpis pacienta

Vyplněnou žádost a informovaný souhlas zašlete k rukám sociální pracovnice domácího hospice

(1) poštou na adresu: Domáci hospic sv. Veroniky, Dobrovodská 105/32, 370 06 České Budějovice;

(2) osobně; (3) e-mailem (naskenované, ofocené) na adresu: socialni@hospicveronika.cz.

Bližší informace Vám zodpoví sociální pracovnice hospice na tel. 731 648 328.



Domáci hospic sv. Veroniky

Dobrovodská 105/32

370 06 České Budějovice

IČ: 70853517

tel.: 731 648 328

info@hospicveronika.cz

www.hospicveronika.cz