

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:

Zdravotní či jiná konzultace v domácího prostředí pacienta – ve zvláštních případech může být realizovaná před faktickým přijetím pacienta do domácí hospicové péče a je podpůrným aktem-činnosti-mechanismem-výkonem.... při rozhodování o přijetí pacienta do domácí hospicové péče. Podrobnosti upřesní sociální pracovníce / vrchní sestra při jednání o vyřizování žádosti s pacientem a pečující osobou.

V dne

.....
podpis pacienta

.....
podpis pečující osoby



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 DOMÁČÍ HOSPICOVÉ PÉČE



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