



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCI HOSPICOVÉ PÉČE

Tuto část vyplňuje pacient nebo blízcí o pacientovi:

Jméno a příjmení (titul):

Rodné příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Telefon:

Rodinný stav:

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ):

Adresa bydliště v době poskytování hospicové péče:

Osoba pečující celodenně o pacienta (vztah k pacientovi, datum narození, 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 _____ dne _____

_____ podpis hospicového lékaře

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Neumannova 144, 383 01 Prachatice, IČ 70853517

Domáci hospic sv. Víta, Lipová 161, 381 01 Český Krumlov, info@hospicvit.cz, www.hospicvit.cz,
č. ú.: 171 157 619 / 0600 (VS 505)



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCI 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 (uvedte 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