



ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO DOMÁČÍHO HOSPICE

PACIENT	Příjmení:	Jméno:	Titul:
	Datum nar.:	Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:
	Adresa trvalého bydliště:		Telefon:
	Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm):		
PEČUJÍCÍ	Jméno a příjmení:		Vztah:
	Adresa (pokud je jiná než adresa pacienta):		
	Telefon:	Mail:	
	Jméno a příjmení:		Vztah:
	Adresa (pokud je jiná než adresa pacienta):		
	Telefon:	Mail:	
LÉKAŘI	DOPORUČUJÍCÍ LÉKAŘ	PRAKTICKÝ LÉKAŘ	
	Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:	
	Adresa, telefon, mail:	Adresa, telefon, mail:	
Souhrn diagnóz:			
Mobilita a soběstačnost pacienta:			
<input type="checkbox"/> Pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci.			
<input type="checkbox"/> Pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy.			
<input type="checkbox"/> Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy.			

Současné potíže:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bolest | <input type="checkbox"/> slabost, únava | <input type="checkbox"/> průjem |
| <input type="checkbox"/> deprese | <input type="checkbox"/> dušnost | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> úzkost | <input type="checkbox"/> nechutenství | |
| <input type="checkbox"/> stavy zmatenosti | <input type="checkbox"/> nevolnost, zvracení | |

Pravidelná medikace doporučená do domácího prostředí:**Medikace při potížích:(bolest, nevolnost, zvracení, dechové potíže,...)****Kritéria přijetí pacienta do domácí hospicové péče**

1. Pacient je v pokročilém nebo konečném stadiu nevyléčitelného onemocnění. Očekávaná doba života je v rámci týdnů až měsíců.
2. Pacient a rodina jsou seznámeni se zdravotním stavem, porozuměli jeho závažnosti a prognóze onemocnění a možnostem léčby.
3. Pacient chce být v závěru života doma a souhlasí s domácí hospicovou péčí.
4. Pacient má zajištěnou celodenní péče jiné osoby nebo rodiny.
5. Pacient poskytne domácím hospici lékařské zprávy o onemocnění.
6. Pacient má doporučení praktického nebo jiného ošetřujícího lékaře k poskytování domácí hospicové péče.
7. Pacient souhlasí s ceníkem služeb domácího hospice.
8. Péče o pacienta je poskytována do 30 km od Lysé nad Labem.

Datum:

Podpis pacienta/žadatele:

Podpis pečující osoby:

S přijetím pacienta do domácí hospicové péče souhlasím – nesouhlasím*

Datum: Jméno a příjmení: Podpis:

* Nehodící škrtněte.