



Žádost o přijetí do domácí hospicové péče

Pacient:		
Jméno, příjmení, titul:		Rodinný stav:
Rodné číslo:		
Trvalé bydliště:		PSČ:
Adresa pobytu v době poskytování hospicové péče:		PSČ:
Telefon / Email:	Zdravotní pojišťovna:	
Praktický lékař:		
Lékař indikující hospicovou péči: (lékařskou zprávu doložte)		
Souhlasím s elektronickým zasíláním lékařských zpráv členům týmu Domácího hospice Nablízku, z.ú.:		ANO NE
Osoba, která celodenně pečuje o pacienta:		
1) Jméno, příjmení, titul:		Vztah k pacientovi:
Adresa:		PSČ:
Telefon / Email:		
2) Jméno, příjmení, titul:		Vztah k pacientovi:
Adresa:		PSČ:
Telefon / Email:		
Souhlasím se zasláním dokumentace elektronickou poštou lékařům:		ANO NE

Datum: _____

podpis pacienta

podpis pečující osoby

S přijetím pacienta do domácí hospicové péče souhlasím - nesouhlasím.

*Jméno, příjmení, podpis
odpovědného pracovníka:*

(žádost se po roce zařazuje jako neaktuální)