



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE

KONTAKTNÍ INFORMACE

Jméno

Rodné příjmení

Místo narození

Státní občanství

Povolání (původní)

Zdravotní pojišťovna

Email

Trvalé bydliště

Příjmení

Rodné číslo

Stav

Národnost

Číslo OP

Telefon

Adresa současného pobytu

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Název a adresa pracoviště

Jméno

Adresa

Telefon

Email

ODBORNÝ LÉKAŘ

Název a adresa pracoviště

Oddělení

Nemocnice

Jméno

Telefon

Email

strana 1/3

AKTUÁLNÍ SOCIÁLNÍ SITUACE

Žijete sám? Ano Ne, uveďte s kým

KDE SE NYNÍ NACHÁZÍTE

Doma V nemocnici V sociálním zařízení V péči osoby blízké

Jiné ...

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Jste příjemcem příspěvku na péči Ano Ne

Ne, ale je o něj požádáno – datum podání žádání žádosti

a zda bylo provedeno šetření – ano / ne

Ano Ne

pokud ano, jaký stupeň? I II III IV V

Bylo požádáno o navýšení příspěvku Ano Ne

SOUČASNÝ STAV ŽADATELE – VYBERTE VARIANTU

Chodící, schopen sebeobsluhy

Převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy

Ležící, zcela závislý na pomoci druhých

Máte nějakou dietu Ano Ne

Jakou

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

Terminální stádium nemoci

Nemožnost domácí péče

Zhoršení zdravotního stavu

Stabilizace zdravotního stavu

Jiné...

strana 2/3

KONTAKTNÍ OSOBY

OSOBA 1

Jméno

Příjmení

Bydliště

Telefon

Email

VZTAK K ŽADATELI

Rodina

Sociální pracovník

Jiné ...

OSOBA 2

Jméno

Příjmení

Bydliště

Telefon

Email

VZTAK K ŽADATELI

Rodina

Sociální pracovník

Jiné ...

Datum, jméno a podpis osoby (která žádost vyplnila)

Telefon

Vztah k pacientovi

Žádost přijal a zpracoval

Datum

strana 3/3

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S PŘIJETÍM DO PÉČE HOSPICE MEZI STROMY

Potvrzuji, že já [] RČ []

níže podepsaný/á

jsem se svobodně rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči poté, co jsem byl/a lékařem poučena o mém zdravotním stavu a jeho prognóze.

Byl/a jsem seznámena s principy paliativní péče, která poskytuje:

- zajištění maximální kvality života pacienta, nikoliv jeho umělé prodlužování zákroky a postupy, které ke zlepšení kvality života nevedou,
- léčbu všech příznaků onemocnění dostupnými prostředky současné medicíny,
- zachování lidské důstojnosti s respektem k hodnotě člověka,
- péči multidisciplinárního týmu poskytovanou lékaři, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, psychoterapeutem, psychologem, v případě zájmu duchovním.

V případě zlepšení a stabilizace zdravotního stavu mohu být propuštěn/a do domácího ošetřování.

Beru na vědomí, že poskytovatel péče podle shora uvedené smlouvy bude využívat mé osobní údaje pro účely poskytování zdravotních a sociálních služeb, pro plnění povinností vyžadovaných platnými právními předpisy a další případy, kdy tak stanoví Nařízení evropského parlamentu (GDPR) č. 679/2016, případně jiné právní předpisy.

Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu.

V [] dne []

- a) Podpis pacienta/ky []
b) Jiný způsob, kterým pacient/ka projevil/a svou vůli, pokud není schopen/schopna podpisu*):

[]

Svědci: []

Jméno, podpis

[]

Jméno, podpis

- c) Není-li pacient/ka schopen/a projeviti informovaný souhlas s ohledem na svůj zdravotní stav, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.

Jméno a podpis []

Vztah k pacientovi []

*) např. ústně, pohyby hlavy, pohyby očí, stiskem ruky apod.