



PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ

VYPLŇUJE LÉKAŘ

Příloha může být nahrazena lékařskou zprávou, ve které budou zodpovězeny všechny níže uvedené dotazy.

KONTAKTNÍ INFORMACE

Jméno

Rodné příjmení

Místo narození

Telefon

Trvalé bydliště

Příjmení

Rodné číslo

Stav

Zdravotní pojišťovna

Email

PRAKTICKÝ LÉKAŘ ŽADATELE

Jméno

Adresa

Příjmení

Telefon

ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno

Adresa

Organizace

Příjmení

Telefon

ZDRAVOTNÍ SOUHRN ŽADATELE

Základní onemocnění, které je důvodem přijetí do hospice

Další diagnózy – uveďte prioritu dle závažnosti

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV ŽADATELE

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ (Není důvodem nepřijetí)

Ne Ano, a jedná se o

INVAZIVNÍ VSTUPY

Ne Ano, a jedná se o

RÁNY, DEKUBITY

Ne Ano, na místě

DOSAVADNÍ A SOUČASNÁ TERAPIE

PRAVIDELNĚ UŽÍVANÉ LÉKY

Název Dávkování

AKUTNĚ UŽÍVANÉ LÉKY

Název Dávkování

OXYGENOTERAPIE

Název Dávkování